

**ANA BEATRIZ SCHMITT SILVA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PARTURIENTES  
ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO  
(HU/UFSC) NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE 2006**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como requisito  
para a conclusão do Curso de Graduação  
em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2008**

**ANA BEATRIZ SCHMITT SILVA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PARTURIENTES  
ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO  
(HU/UFSC) NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE 2006**

Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como requisito  
para a conclusão do Curso de Graduação  
em Medicina.

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima**

**Orientador: Prof. Sérgio Murilo Steffens**

**Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Miriam Krieger Tavares da Cunha Melo**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2008**

Dedicatória

À minha colega de turma Mariah Ghizoni Vieira (*in memoriam*).

“A vida é a arte do encontro, embora haja tanto  
desencontro pela vida”. (Vinícius de Moraes)

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria Conceição Schmitt Silva e Osni Silva Júnior que durante todo o tempo me ensinaram os valores e virtudes da vida e me apoiaram em todas as minhas realizações.

À minha irmã, Renata Elisa Schmitt Silva, pelo exemplo de dedicação e incentivo na realização de um grande sonho, cursar medicina.

À minha segunda família, residente em Brasília, pelo inigualável acolhimento, companheirismo e bons momentos vividos, apesar da distância.

Aos meus sobrinhos, Antônio e Fernando, por me mostrarem o quão rico e divertido é o mundo das crianças.

Às pacientes que voluntariamente aceitaram participar deste estudo e confiaram suas histórias, dúvidas e anseios aos pesquisadores.

Aos funcionários da Divisão de Tocoginecologia e do Ambulatório de Tocoginecologia, pela ajuda constante, principalmente no aspecto burocrático deste estudo.

Ao meu orientador, Sérgio Murilo Steffens e à minha co-orientadora, Miriam Krieger Tavares da Cunha Melo, pela oportunidade da realização deste trabalho e pelos inúmeros ensinamentos em ginecologia e obstetrícia, os quais levarei para a vida.

Aos meus grandes amigos de internato, Betina Stefanello e André Luis Momm Paganelli, pelos agradáveis momentos juntos e pelo apoio, aprendizado e ajuda constantes durante o curso.

Por fim, e não menos importante, a Hugo Tadashi Oshiro Távora, que se tornou meu amigo, acompanhando e guiando meus estudos durante todo o curso de Medicina. Que se tornou meu namorado e mostrou a vida de um jeito novo, repleto de amor, sinceridade e cumplicidade. Que se tornou meu noivo e mostrou o quão importante e essencial é em minha vida.

## RESUMO

**Introdução:** Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade, integrada e humanizada é fundamental para a saúde materno-infantil. Torna-se imperativo identificar os fatores de risco de morbimortalidade materna mediante o conhecimento do perfil das mulheres e de avaliações puerperais.

**Objetivo:** Delinear o perfil epidemiológico das parturientes por meio de seguimento clínico-obstétrico por seis meses após o parto.

**Material e métodos:** Estudo descritivo, prospectivo e longitudinal, realizado na maternidade do HU/UFSC, no primeiro trimestre de 2006. Aplicou-se questionário a 99 parturientes, durante a internação no alojamento conjunto, com posterior seguimento puerperal, seis semanas e seis meses pós-parto.

**Resultados:** A média de idade foi de 26,48 anos e, de gestações anteriores 0,85. Houve prevalência de pacientes com união-estável (46,46%), com até onze anos de estudo (41,41%), com atividade remunerada (74,75%) e com seis ou mais consultas pré-natais realizadas (90,94%). Os partos vaginais totalizaram 68,69% e, a presença de acompanhante 90,91%. A gestação não foi planejada para 63,64% delas e, resultante de falha de métodos contraceptivos para 47,47%. Evidenciou-se aleitamento materno exclusivo até o sexto mês pós-parto (31,31%), presença de prolapso uterino (31,31%) e infecção puerperal (5,05%).

**Conclusão:** Houve predominância de mulheres jovens, primíparas, com união estável, elevada escolaridade, atividade remunerada e com ampla cobertura pré-natal. Constatou-se presença de política de humanização ao parto e incentivo ao aleitamento materno. Grande proporção de gestações não planejadas e falha de métodos contraceptivos foram relatadas. Evidenciou-se índice restrito de infecções puerperais e distopias urogenitais de baixo grau, destacando-se o prolapso uterino.

## ABSTRACT

**Background:** A prenatal and puerperal care based on quality, integration and humanization is essential for mother and child's health. It is imperative to identify risk factors of morbidity through knowledge of women's profile and puerperal appointments.

**Objective:** The aim of this study was to delineate the epidemiological profile of parturient women through clinical-obstetrical pursuance for a six-month period after delivery.

**Material and methods:** A longitudinal, prospective and descriptive study was carried out at HU/UFSC's maternity during the first quarter of year 2006. A questionnaire was applied to 99 parturient, during the period of internment in postnatal infirmary, and puerperal appointments was done at six-week and six-month after parturition.

**Results:** The mean age was 26,48 years-old and the mean of previous pregnancies was 0,85. It was observed a prevalence of patients with common-law marriage (46,46%), 11 years of formal education (41,41%), salaried activity (74,75%) and with six or more prenatal appointments (90,94%). Vaginal deliveries totalized 68,69% and, the presence of a companion, 90,91%. The pregnancy was not planned for 63,64% patients, and as a result of fail in contraceptive methods for 47,47%. An exclusive breastfeeding until six months postnatal (31,31%) and the presence of uterine prolapse have become evident in 31,31% of women and puerperal infection in 5,05%.

**Conclusion:** Young women, primiparous, presenting common-law marriage, good scholarship, salaried activity and a general prenatal coverage were predominant. Presence of humanization politics to parturition and incentive to breastfeeding has been related. A great number of non planned pregnancies and fail in contraceptive methods have been verified. It has been observed a low rate of puerperal infections and a low grade of urogenitals dystopia, with prominence of uterine prolapse.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACO	Anticoncepcional Oral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CLAP	Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DIU	Dispositivo Intra-uterino
DUM	Data da Última Menstruação
EUA	Estados Unidos da América
HU/UFSC	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/ Universidade Federal de Santa Catarina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC no primeiro trimestre de 2006, segundo comparecimento às consultas puerperais.....	14
Tabela 2 - Distribuição de 99 puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC no primeiro trimestre de 2006, segundo variáveis socioeconômicas .....	15
Tabela 3 - Distribuição de 99 puérperas atendidas maternidade do HU/UFSC no primeiro trimestre de 2006, segundo antecedentes obstétricos.....	17
Tabela 4 - Distribuição de 99 puérperas da maternidade do HU/UFSC no primeiro trimestre de 2006, segundo práticas de humanização ao trabalho de parto.....	19
Tabela 5 - Distribuição das puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC no primeiro trimestre de 2006, segundo variáveis relacionadas ao parto.....	20
Tabela 6 - Distribuição das puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC no primeiro trimestre de 2006, segundo variáveis relacionadas à amamentação.....	21



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição de 99 puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC no primeiro trimestre de 2006, segundo taxas de aleitamento materno exclusivo .....	22
Gráfico 2 - Distribuição de 99 puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC no primeiro trimestre de 2006, segundo ausência e falha de método contraceptivo.....	23
Gráfico 3 - Distribuição de 99 puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC, na sexta semana e seis meses após parto, segundo retorno das atividades sexuais .....	24
Gráfico 4 - Distribuição de 99 puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC, na sexta semana e seis meses após o parto, segundo uso de métodos contraceptivos.....	24

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	47
Anexo 2 - Questionário aplicado às puérperas durante internação no alojamento conjunto...	48
Anexo 3 - Questionário aplicado às pacientes que compareceram às consultas puerperais.....	50

## SUMÁRIO

<b>FALSA FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>i</b>
<b>FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>ii</b>
<b>DEDICATÓRIA.....</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....</b>	<b>vii</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>xiii</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS.....</b>	<b>ix</b>
<b>LISTA DE ANEXOS.....</b>	<b>x</b>
<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>xi</b>

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>6</b>
<b>3.1</b>	<b>Delineamento do estudo.....</b>	<b>6</b>
<b>3.2</b>	<b>Procedimentos.....</b>	<b>6</b>
3.2.1	Local do estudo.....	6
3.2.2	População do estudo.....	6
3.2.3	Critérios de inclusão e exclusão do estudo.....	7
3.2.4	Variáveis estudadas.....	8
3.2.4.1	Durante a internação no alojamento conjunto.....	8
3.2.4.2	Na consulta puerperal seis semanas após o parto.....	9
3.2.4.3	Na consulta puerperal seis meses após o parto.....	11
<b>3.3</b>	<b>Análise Estatística.....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1</b>	<b>Caracterização das parturientes atendidas na maternidade do HU/UFSC, segundo variáveis socioeconômicas.....</b>	<b>13</b>
<b>4.2</b>	<b>Pré-natal e antecedentes obstétricos das pacientes.....</b>	<b>16</b>

<b>4.3</b>	<b>Tipos de partos e práticas de humanização ao trabalho de parto adotadas na maternidade do HU/UFSC.....</b>	<b>18</b>
<b>4.4</b>	<b>Variáveis relacionadas à amamentação.....</b>	<b>21</b>
<b>4.5</b>	<b>Retorno às atividades sexuais e laborais e métodos contraceptivos utilizados até seis meses após o parto.....</b>	<b>22</b>
<b>4.6</b>	<b>Exame ginecológico realizado nas consultas puerperais.....</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>38</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>39</b>
	<b>NORMAS ADOTADAS.....</b>	<b>45</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O puerpério, sobreparto ou pós-parto é o período iniciado após a dequitação da placenta e a expulsão das membranas ovulares, caracterizado pelo retorno ao padrão pré-gravídico das modificações locais e sistêmicas decorrentes da gestação e do parto.<sup>1</sup> É o período em que se observa a involução e recuperação dos órgãos genitais femininos ao estado pré-gestacional.<sup>1-5</sup>

O período pós-parto pode ser subdividido em imediato, tardio e remoto. O puerpério imediato é iniciado após a dequitação da placenta e se estende até o 10º dia pós-parto, período em que prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas na gravidez, além de fenômenos endócrinos.<sup>1,2,4,5</sup> O puerpério tardio, caracterizado por importante recuperação do sistema genital, é a fase em que todas as funções são influenciadas pela vigência ou não da lactação. Apresenta na literatura divergência quanto à duração, com variação entre o 11º ao 45º dia pós-parto<sup>1,4,5</sup> ou, entre o 11º ao 42º dia pós-parto.<sup>2</sup> O puerpério remoto, de cronologia variável, inicia no 46º dia pós-parto<sup>1,4,5</sup> ou, no 43º dia<sup>2</sup> e perdura até a completa recuperação das alterações gestacionais e o retorno dos ciclos ovulatórios normais.<sup>4</sup>

As principais modificações maternas durante o puerpério fisiológico ocorrem no trato urogenital, mamas e na função ovulatória.<sup>1,5,6</sup> O útero sofre diminuição considerável de volume e peso. No pós-parto imediato pesa cerca de 1000g, no final da primeira semana 500g e, com trinta dias, 100g. Dois dias após o parto pode ser palpado na altura da cicatriz umbilical e após duas semanas retorna à cavidade pélvica. Dois dias após o parto, a cérvice uterina das mulheres com parto via vaginal mantém-se pervalva e, com uma semana, deixa de apresentar tal característica. O orifício externo do colo uterino perde a conformação circular para a de fenda transversal nas pacientes submetidas a partos normais. A decídua interna permanece intacta para promover a regeneração do endométrio, enquanto a decídua externa sofre necrose, sendo eliminada na forma de lóquios. A vagina e o intróito vulvar gradualmente diminuem suas dimensões. As pequenas lacerações tendem a cicatrizar em quatro ou cinco dias. O epitélio vulvovaginal permanece atrofiado, com perda de suas camadas externas, até que os níveis estrogênicos aumentem e promovam a proliferação tecidual.<sup>1,6</sup>

No puerpério há uma acentuada perda ponderal materna pela eliminação do conteúdo hídrico que permanecia retido durante a gestação. A bexiga apresenta capacidade aumentada, sendo menos sensível ao aumento de pressão intravesical. Superdistensão, esvaziamento incompleto e resíduo urinário significativo não são raros no puerpério.<sup>1,2</sup> A redução dos níveis séricos de estrogênio, progesterona e hormônio lactogênio placentário, e o aumento concomitante dos níveis séricos de ocitocina, prolactina, hormônio de crescimento, glicocorticóides, insulina, tiroxina e paratormônio dão origem à lactopoiese.<sup>3</sup> Em caso da puérpera não amamentar, a função ovariana retorna em cerca de seis a oito semanas, embora esse intervalo possa ser bastante variável.<sup>2,3,6-9</sup> Além das transformações anatomofisiológicas descritas, é mister ressaltar que as transformações puerperais também ocorrem nas esferas emocional e psíquica, razão da necessidade de assistência integral à mulher nesta fase.<sup>4,10,11</sup>

Apesar de o organismo materno ser submetido à intensa modificação morfofisiológica no período puerperal, o retorno aos padrões pré-gravídicos não se faz no *sensu stricto*.<sup>1</sup> O ciclo gravídico-puerperal pode deixar seqüelas definitivas, dentre as quais se destacam as estrias gravídicas branco-nacaradas, relaxamento da musculatura abdominal e perineal, destruição dos remanescentes do hímen e alteração morfológica do orifício externo do colo uterino nos partos vaginais.<sup>1</sup>

Os cuidados puerperais durante a fase de internação hospitalar compreendem a verificação dos sinais vitais, do sangramento via vaginal, da consistência e retração uterina e dos sinais de infecção.<sup>1,4</sup> A deambulação precoce da parturiente previne o tromboembolismo, estimula a micção e o funcionamento intestinal.<sup>1</sup> Deve-se acompanhar a evolução da ferida operatória decorrente de cesariana e da episiotomia ou lacerações eventualmente ocorridas. Por fim, devem-se avaliar rotineiramente as mamas e orientar sobre planejamento familiar.<sup>1,4</sup>

Após a alta hospitalar, a revisão puerperal pode ser precoce ou tardia. A precoce ocorre entre o 7º e o 10º dia pós-parto, com o objetivo de controle evolutivo, avaliação do estado de saúde da mulher, orientações em relação aos cuidados com o recém-nascido, avaliação da interação mãe-filho, identificação e manejo de situações de risco ou intercorrências, rastreamento de infecção puerperal, exame das mamas e reforço da amamentação.<sup>1,3-5,10</sup> A revisão puerperal tardia ocorre até o 42º dia pós-parto<sup>4,10,11</sup> ou entre o 30º e o 42º dia após o parto<sup>3</sup>, com a finalidade de acompanhamento, revisão do esquema vacinal (tétano, rubéola, hepatite B), discussão da liberação para os exercícios físicos, realização de coleta de material do colo uterino para citologia oncótica e contracepção.<sup>3,4,12,13</sup> Caso a gestação tenha sido de alto risco, a consulta puerperal deve ser realizada em centro de referência.<sup>14</sup>

Apesar dos cuidados dispensados durante a assistência pré-natal, parto e puerpério, aproximadamente entre 200.000 e 400.000 mulheres morrem por ano, em todo o mundo, em consequência às complicações puerperais, que se estendem do terceiro período do trabalho de parto até algumas semanas pós-parto.<sup>15-17</sup> As complicações mais comuns deste período compreendem a hemorragia pós-parto, infecções, doenças tromboembólicas, alterações das mamas lactantes e depressão pós-parto.<sup>18,19</sup> No Brasil, embora subnotificada, a mortalidade materna estimada no ano de 2004, de acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM),<sup>20</sup> foi de 76,09 para cada 100.000 nascidos vivos e, em Santa Catarina, foi de 43,29 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos. Em Florianópolis, no ano de 2006, o índice corrigido de morte materna foi de 39,7 para cada 100.000 nascidos vivos.<sup>20</sup>

O caráter multifatorial das complicações e da mortalidade materna dificulta a intervenção e o manejo. Ademais, os limites entre o puerpério fisiológico e patológico são muito tênues e imprecisos.<sup>1</sup> Sendo assim, a atenção integrada à parturiente associada a medidas profiláticas são os alicerces para a redução da morbimortalidade materna.<sup>4,21</sup> A utilização, de forma racional e padronizada, das intervenções recomendadas por meio de evidências científicas tem efeito positivo na qualidade de atenção ao nascimento, uma vez que 92% dos casos de mortalidade materna associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto são evitáveis.<sup>10</sup>

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal tornando-se necessário, para tanto, construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive.<sup>10</sup> Assim, conhecer o perfil epidemiológico das puérperas permite conhecer os fatores de risco de morbimortalidade materna e com isso melhorar a assistência pré-natal e puerperal.

A maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal do Estado de Santa Catarina (HU/UFSC) é reconhecida nacionalmente como centro de excelência em assistência obstétrica. Apesar dos esforços empregados na melhoria do serviço obstétrico, não há dados objetivos que informem, após a alta hospitalar, sobre o pós-parto tardio destas pacientes, uma vez que não há ambulatório de puerpério na unidade. A exemplo do Brasil, esse fato evidencia que a atenção puerperal não está consolidada nos serviços de saúde.<sup>5,10,22,23</sup> Sabe-se que parte das mulheres retorna às unidades locais de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, a principal preocupação da maioria das mulheres e dos profissionais de saúde refere-se à avaliação e vacinação do recém-nascido, sendo as condições relacionadas ao puerpério relegadas ao segundo plano.<sup>10</sup>

Face à escassez de dados sobre o puerpério tardio, torna-se importante o delineamento do perfil epidemiológico das parturientes da maternidade do HU/UFSC e o seguimento ginecológico destas pacientes, como forma de melhoria e direcionamento das ações referentes ao pré-natal, parto e puerpério. Desta forma, ao se conhecer o perfil das usuárias da maternidade do HU/UFSC podem ser adotadas medidas como promoção e prevenção em saúde, além do diagnóstico e tratamento adequados dos problemas inerentes ao período puerperal, com melhoria constante na política de atendimento e da filosofia da maternidade.



## 2 OBJETIVOS

**Geral:** Descrever o perfil epidemiológico das parturientes atendidas na maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago no primeiro trimestre de 2006, mediante seguimento clínico-obstétrico por seis meses após o parto.

**Específicos:**

- (1) Caracterizar as parturientes atendidas na maternidade no HU/UFSC segundo variáveis socioeconômicas;
- (2) Conhecer os antecedentes obstétricos e pré-natais das pacientes;
- (3) Verificar a prevalência dos tipos de partos e as práticas de humanização ao parto adotadas na maternidade do HU/UFSC;
- (4) Constatar o tempo de amamentação materna exclusiva até o sexto mês pós-parto;
- (5) Verificar os métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres e o tempo médio de retorno às atividades sexuais e laborais até o sexto mês pós-parto;
- (6) Identificar as alterações ginecológicas mais frequentes apresentadas pelas pacientes.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Delineamento do Estudo**

Estudo descritivo, prospectivo e longitudinal.

#### **3.2 Procedimentos**

##### **3.2.1 Local do Estudo**

O estudo desenvolveu-se no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, localizado no município de Florianópolis. O Hospital Universitário foi inaugurado em 1980, porém a ala referente à maternidade iniciou seu funcionamento apenas em 1996. Hoje, a maternidade do HU/UFSC conta com centro obstétrico, alojamento conjunto e enfermaria de gestação de alto risco. No mesmo pavimento da maternidade, há a enfermaria de Ginecologia, unidade de terapia intensiva neonatal e enfermaria de Pediatria. Na Ala C do HU/UFSC encontra-se o ambulatório de tocoginecologia. O Hospital Universitário possui serviço de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria e atende pacientes exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1997 o HU/UFSC recebeu o título de Hospital Amigo da Criança. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi idealizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância), em 1990, para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. A maternidade do HU/UFSC conquistou o prêmio Galba de Araújo, sendo a única maternidade eleita da região sul do Brasil no ano de 2000. Este prêmio, criado pelo Ministério da Saúde, destaca e estimula os estabelecimentos de saúde que adotam um atendimento humanizado e centrado no binômio mãe-filho, durante os períodos gestacional, parto e puerpério.

##### **3.2.2 População do estudo**

No período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de março de 2006 ocorreram 357 partos na maternidade do HU/UFSC. Todas as 357 pacientes foram convidadas a participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1). As pacientes, enquanto internas do alojamento conjunto da maternidade do HU/UFSC, responderam a um

questionário com o objetivo de conhecer seu perfil epidemiológico, sendo, em seguida, convidadas a agendar duas consultas puerperais no ambulatório de tocoginecologia do HU/UFSC, a primeira realizada no período de seis semanas após o parto; a segunda, seis meses após tal evento.

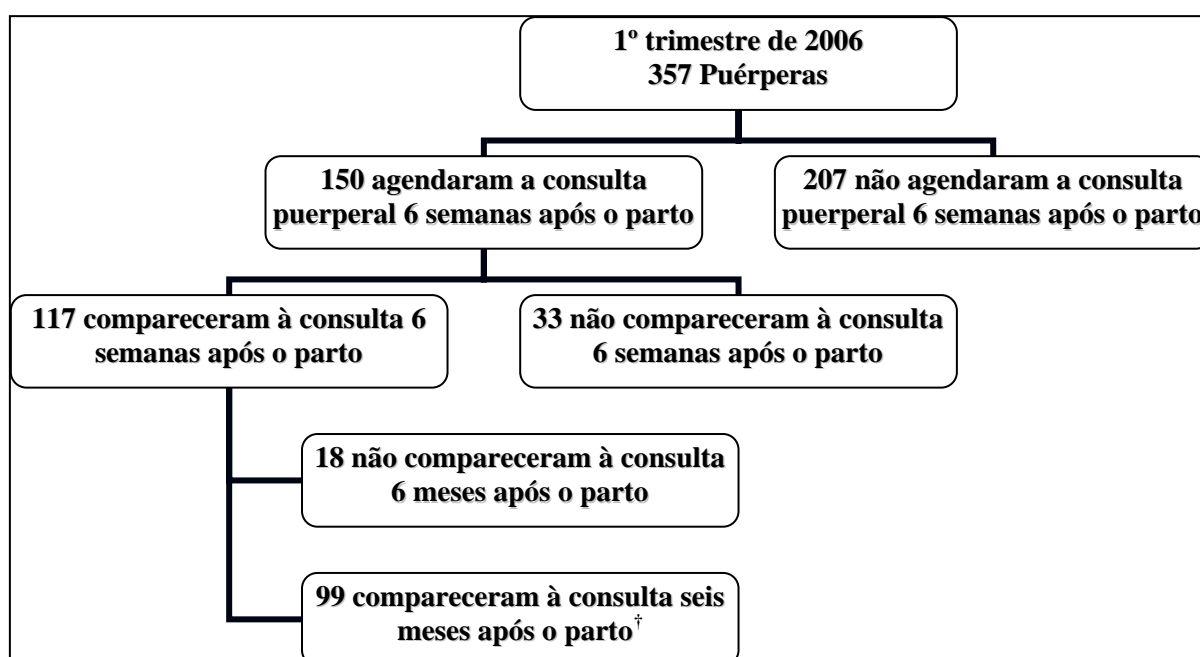
Das 357 puérperas, 150 aceitaram agendar a primeira consulta. Dessas, 117 compareceram à primeira consulta e, 99, à segunda. Das 207 mulheres que não agendaram a primeira consulta, 193 relataram preferência em realizar a consulta puerperal no posto de saúde mais próximo de suas residências e as outras 14 pacientes em clínicas privadas.

### 3.2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão do estudo

Foram considerados critérios de inclusão para a pesquisa as parturientes atendidas na maternidade do HU/UFSC no primeiro trimestre de 2006 com parto resultante em nativivo.

Fizeram parte dos critérios de exclusão do estudo: (Fluxograma 1)

- a) As 207 pacientes que não aceitaram agendar a consulta puerperal na sexta semana após o parto;
- b) As 33 pacientes que agendaram, porém que não compareceram à consulta puerperal na sexta semana pós-parto;
- c) As 18 pacientes que não compareceram à consulta puerperal realizada seis meses após o parto.



Fluxograma 1: Critérios de Inclusão e Exclusão das pacientes para o estudo

\* HU-UFSC= Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

† amostra final

Desta forma, da população inicial de 357 mulheres atendidas na maternidade do HU/UFSC no primeiro trimestre de 2006, as pacientes excluídas do estudo totalizaram 258, sendo a amostra final constituída por 99 puérperas (Fluxograma 1).

Este estudo foi submetido a parecer e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da UFSC sob nº. 080/07.

### **3.2.4 Variáveis estudadas**

#### **3.2.4.1 Durante a Internação no Alojamento Conjunto**

Durante a internação no alojamento conjunto da maternidade do HU/UFSC, foi aplicado um questionário às 357 puérperas com o objetivo de conhecer seus dados de identificação, indicadores sociais, antecedentes obstétricos e informações referentes ao pré-natal. (Anexo 2)

Neste questionário a identificação nominal das pacientes foi mantida sob sigilo pelos pesquisadores, conforme termo de consentimento livre e esclarecido por elas assinado. A variável idade materna foi considerada como quantitativa discreta, sendo expressa em anos.

Quanto ao grau de instrução, as pacientes foram agrupadas em oito categorias: analfabeta, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, superior incompleto, superior completo e pós-graduação. Em relação ao estado civil, as pacientes foram assim distribuídas: solteira, união-estável, casada, divorciada e viúva.

Local de realização do pré-natal e número de consultas pré-natais foram perguntados a cada puérpera e conferidos no cartão da gestante e/ou na ficha do Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP), adotada na instituição. As variáveis categóricas nominais “participação em palestras ou em grupos de gestantes”, “visita durante a gestação à maternidade do HU” e “esclarecimento na admissão ao centro obstétrico sobre os tipos de partos adotados na instituição” foram divididas em duas categorias: sim ou não.

Conforme o número de gestações anteriores, as pacientes foram distribuídas em primíparas ou múltiparas. As mulheres foram reunidas quanto à variável tipo de parto em cinco categorias: parto vaginal em posição vertical (cócoras), parto vaginal em posição horizontal, parto vaginal em posição genupeitoral, cesariana, parto extra-hospitalar (período expulsivo realizado na casa da paciente ou a caminho da maternidade). Foram avaliadas ainda a realização de episiotomia e a presença de lacerações perineais.

As lacerações perineais neste estudo foram classificadas em quatro graus:<sup>24</sup>

- a) Primeiro grau: laceração da pele e mucosa vaginal posterior, porém sem atingir fáscia e músculo;
- b) Segundo grau: laceração comprometendo a fáscia e a musculatura, porém não atingindo o esfíncter anal. Inclui lesão do músculo transverso profundo e superficial e fibras do pubococcígeo e bulbocavernoso;
- c) Terceiro grau: laceração que atinge também o esfíncter anal;
- d) Quarto grau: laceração que lesa a mucosa retal, expondo a luz do reto.

As lacerações de primeiro e segundo graus foram chamadas de incompletas ou de baixo grau e, as de terceiro e quarto graus, como completas ou de alto grau.<sup>24</sup>

Com referência ao recém-nascido, foram estudadas as variáveis quantitativas discretas peso e comprimento, verificadas na ficha CLAP.

Para a idade gestacional os recém-nascidos foram classificados em pré-termo, termo e pós-termo. Foram considerados pré-termos, quando nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas; a termos, entre 37 semanas completas e 42 semanas incompletas; e, pós-termos, quando nascidos após 42 semanas completas.

A classificação da idade gestacional foi instituída de acordo com a data da última menstruação (DUM), calculada a partir do primeiro dia da última menstruação. No caso dessa ser duvidosa ou desconhecida, a idade gestacional foi obtida através da ultra-sonografia de primeiro trimestre. Em caso da não realização do exame até a 12ª semana gestacional, a idade gestacional foi calculada através do exame físico somático (Capurro) ou neurológico (Ballard) do recém-nascido, cujos achados apresentam correspondência com seu grau de maturidade. Tais escores foram atribuídos pelo pediatra, durante o exame físico do recém-nascido na sala de parto.

#### **3.2.4.2 Na consulta puerperal seis semanas após o parto**

Na consulta realizada seis semanas após o parto foi aplicado um questionário complementar ao realizado no alojamento conjunto, que indagava sobre aspectos do último parto, emprego, atividade sexual, uso de métodos contraceptivos, aleitamento materno e exame ginecológico (Anexo 3).

Em relação à admissão ao centro obstétrico foram avaliados o uso de tricotomia e enteroclisma. O início do trabalho de parto foi classificado em espontâneo, induzido ou eletivo. A presença de acompanhante durante o parto e o grau de parentesco com a gestante foram registrados. A variável corte do cordão umbilical foi distribuída em: pelo

acompanhante ou pelo profissional de saúde. O grau de satisfação com o atendimento foi categorizado pelas mulheres em ruim, bom e ótimo.

O uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto foi questionado às mulheres. No centro obstétrico da maternidade do HU/UFSC as pacientes podem optar pelo uso dos seguintes materiais: bolas obstétricas, cavalinho, banho de chuveiro com água morna, *puff* e massagem. A bola obstétrica, constituída por policloreto de vinila, é conhecida como bola gigante, bola de Bobath ou bola suíça e apresenta 65 centímetros de diâmetro. A bola possui sistema *anti-burst*, que proporciona o desinflar lento em caso de perfuração, garantindo a segurança das pacientes. O cavalinho obstétrico é um banco com sistema de balanço e apoio frontal para os braços da paciente. O *puff* representa uma alternativa para que a mulher não permaneça restrita ao leito durante o trabalho de parto. O banho de chuveiro com água quente é outra opção oferecida às pacientes, assim como a massagem manual ou através de massageador de madeira.

Quanto à profissão as mulheres foram agrupadas em: donas-de-casa e atividade rentável. As pacientes foram distribuídas, em relação à renda mensal familiar, em números de salários mínimos, de acordo com o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE).<sup>25</sup> O salário mínimo durante o período da coleta de dados, ou seja, durante o primeiro trimestre de 2006, foi no valor de R\$300,00. Para o cálculo da renda mensal familiar foram somadas as rendas mensais de cada coabitante. O retorno ao emprego foi avaliado entre as mulheres. A atividade sexual foi abordada quanto ao retorno ou não, tempo do retorno, presença de dispareunia e libido.

As variáveis planejamento da última gestação e, após confirmação da gravidez, sua aceitação, foram distribuídas nas categorias sim e não. As pacientes também foram questionadas quanto ao desejo de gravidez futura.

Em relação aos métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres que não haviam planejado a gestação, as pacientes foram reunidas nas categorias: nenhum método, coito interrompido, preservativo masculino, anticoncepcional oral, anticoncepcional injetável, dispositivo intra-uterino (DIU) e outros. Ainda em relação à contracepção, as mulheres foram distribuídas em relação ao método contraceptivo utilizado até a sexta semana puerperal nas seguintes categorias: nenhum método, abstinência, preservativo masculino, anticoncepcional oral, anticoncepcional injetável, DIU, vasectomia, laqueadura e outros.

As pacientes foram divididas em relação ao preparo das mamas durante o pré-natal em: realizou preparo das mamas para a lactação e não realizou. Considerou-se preparo da mama o uso de técnicas empregadas que conferem maior resistência aos mamilos, como por

exemplo banhos de sol, uso de materiais com textura diferentes, dentre outros. A presença de dificuldade no aleitamento materno e patologias mamárias ocorridas até a sexta semana puerperal foram abordadas, bem como a presença ou não de aleitamento materno exclusivo.

Exame ginecológico foi realizado nas pacientes pelos pesquisadores. A coleta de preventivo foi realizada naquelas pacientes que haviam feito o exame há mais de um ano, com ausência de sangramento vaginal e que não tiveram relação sexual ou usaram medicação via vaginal nas 48 horas antecedentes ao exame.

As pacientes foram indagadas quanto à continência urinária. O termo incontinência urinária foi empregado para as mulheres com relato de qualquer perda involuntária de urina. Foram avaliados os prolapso ou distopias genitais presentes nas mulheres. O prolapso genital corresponde ao deslocamento caudal dos órgãos pélvicos (uretra, bexiga, útero, alças intestinais ou reto através da vagina), podendo ocorrer em diversos graus, associado ou não com a incontinência urinária. Por ser mais difundida em nosso meio, a classificação utilizada neste estudo foi a de Baden *et al.*, adotada pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), que classifica o grau de prolapso genital em:<sup>26</sup>

- a) primeiro grau: protrusão chega à meia distância entre a posição normal e o hímen;
- b) segundo grau: protrusão atinge o hímen, sem ultrapassá-lo;
- c) terceiro grau: protrusão ultrapassa parcialmente o hímen;
- d) quarto grau: protrusão ultrapassa totalmente o hímen.

### **3.2.4.3 Na consulta puerperal seis meses após o parto**

Na consulta de seguimento, seis meses após o parto, as mulheres foram submetidas a novo exame ginecológico e indagadas sobre o tempo de amamentação exclusiva, contracepção e atividade sexual.

Exame ginecológico foi realizado pelos pesquisadores, bem como a coleta de preventivo naquelas pacientes que não haviam realizado o exame há mais de um ano, naquelas sem sangramento vaginal, que não tiveram relação sexual ou usaram medicação via vaginal nas 48 horas antecedentes ao exame.

A variável tempo de aleitamento materno exclusivo foi considerada como quantitativa discreta, sendo expressa em meses.

Em relação aos métodos contraceptivos utilizados seis meses após o parto, as pacientes foram distribuídas nas categorias: nenhum método, coito interrompido, preservativo masculino, anticoncepcional oral, anticoncepcional injetável, DIU, vasectomia, laqueadura e outros. As pacientes também foram questionadas quanto ao desejo ou não de gravidez futura.

A atividade sexual foi abordada quanto ao retorno ou não, presença de dispareunia e libido. Quanto à atividade laboral as pacientes foram classificadas em: retorno ou não ao emprego.

### **3.3 Análise Estatística**

Os dados obtidos foram tabulados no programa EpiData versão 3.1 e analisados nos softwares Microsoft Office Excel 2003 e SEstatNet.<sup>27,28</sup>

Empregou-se a estatística descritiva, sendo os resultados das variáveis quantitativas expressos através de média, desvio-padrão, variação e valores mínimo e máximo e, das variáveis qualitativas, através de tabelas de frequências relativa e absoluta e gráfico de barras.

A validação interna dos resultados foi realizada entre o grupo de pacientes que vieram às consultas puerperais (Grupo A, n=99) e o grupo de pacientes que não consultaram (Grupo B, n=258). Por meio do programa EpiCalc 2000, foram empregados os testes *t-student* e qui-quadrado, considerando-se como significância estatística  $p < 0,05$ .<sup>29</sup>



## 4 RESULTADOS

Para fins de validação interna dos resultados foi comparado o grupo de pacientes que compareceu às consultas puerperais com o grupo de pacientes que não realizou as duas consultas no pós-parto. (Tabela 1) Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes para as variáveis: idade materna, estado civil, grau de instrução, paridade, local de realização do pré-natal, participação em palestras ou cursos de gestantes, visita à maternidade do HU/UFSC durante o pré-natal, número de abortos anteriores e esclarecimento à admissão ao centro obstétrico. As variáveis relacionadas ao parto e ao recém-nascido também não obtiveram significância estatística. Entre os dois grupos houve diferença estatística quanto ao número de consultas pré-natais ( $p=0,02$ ), sendo maior no grupo de pacientes que compareceu às consultas puerperais.

### 4.1 Caracterização das parturientes atendidas na maternidade do HU/UFSC, segundo variáveis socioeconômicas

A faixa etária prevalente foi de mulheres entre 20 e 24 anos, sendo a média de idade de 26,48 anos, com desvio padrão de 5,77 anos. A mediana para idade foi de 26 anos e o valor mínimo para esta variável foi de 16 e máximo de 42 anos. (Tabela 2)

Em relação ao estado civil, união-estável foi relatada por 46 pacientes (46,46%), seguido de 40 pacientes casadas (40,40%), 12 pacientes solteiras (12,12%) e uma divorciada. (Tabela 2)

Segundo grau completo foi referido por 41 pacientes (41,41%). Não houve analfabetas no estudo e a escolaridade máxima encontrada foi pós-graduação, com 2 pacientes (2,02%). (Tabela 2)

Quanto à profissão exercida, 74 mulheres afirmaram ter emprego com renda mensal (74,75%) e 25 declararam-se donas-de-casa (25,25%). (Tabela 2)

As puérperas com renda mensal familiar de até 3 salários mínimos totalizaram 59,60% da amostra. A média da renda mensal familiar, em número de salários mínimos, foi de 3,74, com desvio-padrão de 2,15, mediana de 3, com variação entre 1 a 10 salários mínimos. O número de habitantes por domicílio apresentou média de 4 moradores, com desvio-padrão de 1,16, mediana de 4, valores entre 2 e 9.

**Tabela 1** – Distribuição das puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC\* no primeiro trimestre de 2006, segundo comparecimento às consultas puerperais

Variável <sup>†</sup>	Grupo A <sup>‡</sup>	Grupo B <sup>§</sup>	p <sup>  </sup>
	N (%)	N (%)	
<b>Idade materna</b>			
20-24 anos	31 (31,32%)	80 (31,00%)	0,84
Média da idade materna	26,48	25,32	0,09
<b>Grau de Instrução</b>			
2º grau completo	41 (41,41%)	71 (27,51%)	0,09
Ensino Superior	27 (10,46%)	20 (20,20%)	0,60
<b>Estado Civil</b>			
União estável ou casada	86 (86,86%)	227 (87,98%)	0,93
<b>Nº. consultas pré-natais</b>			
≥ 6 consultas	90 (90,90%)	208 (80,62%)	0,02
<b>Local pré-natal</b>			
HU/UFSC	21 (21,42%)	23 (8,91%)	0,23
<b>Participação em palestras no pré-natal</b>			
Participaram	38 (38,38%)	90 (25,21%)	0,09
<b>Visita ao HU/UFSC durante a gestação</b>			
Visitaram	14 (14,14%)	20 (7,75%)	0,48
<b>Paridade</b>			
Primíparas	50 (50,51%)	104 (40,31%)	0,30
<b>Nº. abortos anteriores</b>			
Média de abortos anteriores	0,31	0,21	0,17
<b>Esclarecimento à admissão do CO<sup>¶</sup></b>			
Sim	61 (61,62%)	155 (60,07%)	0,47
<b>Recém-Nascido</b>			
A termo para a idade gestacional	86 (86,87%)	218 (84,49%)	0,72
Média do peso de nascimento (gramas)	3271,94	3157,77	0,13
<b>Parto</b>			
Parto cesariana	30 (30,30%)	79 (30,62%)	0,84
Parto normal (PN) com episiotomia	13 (16,16%)	36 (20,11%)	0,96
PN sem episiotomia e sem laceração	15 (27,27%)	59 (32,96%)	0,91

\* HU/UFSC= Hospital Universitário/Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>†</sup> Caso não haja outra indicação, os valores são frequência (N) e porcentagem (%).

<sup>‡</sup> Grupo A = Pacientes que compareceram às consultas puerperais (Total = 99 pacientes).

<sup>§</sup> Grupo B = Pacientes que não consultaram (Total = 258 pacientes).

<sup>||</sup> As análises realizadas foram o Teste do Qui-quadrado e Teste *t de Student* para médias independentes.

<sup>¶</sup> CO = Centro Obstétrico

**Tabela 2** – Distribuição de 99 puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC\* no primeiro trimestre de 2006, segundo variáveis socioeconômicas

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária materna</b>		
15 – 19 anos	11	11,11%
20 – 24 anos	31	31,32%
25-30 anos	28	28,28%
31 – 34 anos	20	20,20%
35 – 39 anos	06	6,06%
40 – 44 anos	03	3,03%
Total	99	100,00%
<b>Estado Civil</b>		
Divorciada	01	1,01%
solteira	12	12,12%
União estável	46	46,46%
casada	40	40,40%
Total	99	100,00%
<b>Grau de Instrução</b>		
1º grau incompleto	16	16,16%
1º grau completo	10	10,10%
2º grau incompleto	12	12,12%
2º grau completo	41	41,41%
Superior incompleto	11	11,11%
Superior completo	07	7,07%
Pós-graduação	02	2,02%
Total	99	100,00%
<b>Emprego</b>		
Atividade rentável	74	74,75%
Donas-de-casa	25	25,25%
Total	99	100,00%
<b>Nº. Salário Mínimo Mensal Familiar</b>		
1 a 3 salários	59	59,60%
4 a 6 salários	26	26,26%
7 a 10 salários	14	14,14%
Total	99	100,00%

\* HU/UFSC= Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

#### 4.2 Pré-natal e Antecedentes Obstétricos das Pacientes

Em relação ao número de consultas pré-natais, 90 mulheres realizaram seis ou mais consultas (90,91%), 9 pacientes realizaram até cinco consultas (9,09%), sendo que apenas uma paciente não realizou pré-natal por não saber que estava grávida. (Tabela 3)

Um total de 44 pacientes realizou todas as consultas pré-natais nas Unidades Locais de Saúde (44,44%), 21 pacientes fizeram o acompanhamento no próprio ambulatório de pré-natal do HU/UFSC (21,21%), 16 pacientes em clínicas em que eram conveniadas (16,16%), 13 pacientes realizaram apenas parte das consultas no HU (13,13%) e 04 em outras maternidades (4,04%). (Tabela 3)

Quanto à procedência das pacientes, 96 eram da mesorregião de Florianópolis. Destas, 86 eram do município de Florianópolis, sendo que 80 moravam na região insular e 6 na continental. As demais mesorregiões catarinenses somaram 2 pacientes e uma paciente procedente de outro país. (Tabela 3)

Durante a gestação, 38 mulheres (38,38%) afirmaram terem participado de alguma palestra ou curso de gestante. A maternidade do HU foi visitada por 14 gestantes (14,14%), com a finalidade de conhecerem o serviço e as práticas de humanização da instituição. (Tabela 3)

Em relação aos antecedentes obstétricos, as primíparas totalizaram 50 pacientes (50,51%) e as multíparas 49 (49,49)%. Dentre as multíparas, 40 tinham de 1 a 2 gestações anteriores e 9, de 3 a 5 gestações prévias. A média de gestações anteriores entre as pacientes foi de 0,85, com desvio-padrão de 1,16, e valores entre nenhuma a 5 gestações. (Tabela 3)

Não havia história de abortos anteriores em 83 pacientes (83,84%), tendo 12 pacientes relatado 1 aborto prévio (12,12%) e 4 pacientes, de 2 a 3 abortos (4,04%). A média do número de abortos prévios foi de 0,21 por paciente, com desvio-padrão de 0,54 e valores entre nenhum a 3. A maior parte da amostra não apresentava natimorto em gestação anterior. A média de natimortos por mulher totalizou 0,05, com desvio-padrão de 0,26 e valores entre nenhum a dois.

**Tabela 3** – Distribuição de 99 puérperas atendidas maternidade do HU/UFSC\* no primeiro trimestre de 2006, segundo antecedentes obstétricos

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Número de consultas Pré-natais</b>		
nenhuma	01	1,01%
1 a 3 consultas	04	4,04%
4 a 5 consultas	04	4,04%
6 ou mais consultas	90	90,91%
nenhuma	01	1,01%
Total	99	100,00%
<b>Local das consultas Pré-natais</b>		
Unidade Local de Saúde (ULS)	44	44,45%
Inteiramente no HU	21	21,21%
Convênio/ particular	16	16,16%
Parcialmente no HU	13	13,13%
Outra maternidade	04	4,04%
Total	99	100,00%
<b>Procedência</b>		
Mesorregião de Florianópolis	96	96,97%
Demais mesorregiões catarinenses	02	2,02%
Outro estado brasileiro	00	0,00%
Outro país	01	1,01%
Total	99	100,00%
<b>Participação em Palestra/curso de gestante</b>		
Participaram	38	38,38%
Não participaram	61	61,62%
Total	99	100,00%
<b>Visita ao HU/UFSC durante a gestação</b>		
Visitaram	14	14,14%
Não visitaram	85	85,86%
Total	99	100,00%
<b>Nº. de Gestações Anteriores</b>		
nenhuma	50	50,51%
1 a 2 gestações	40	40,40%
3 a 5 gestações	09	9,09%
Total	99	100,00%

\* HU/UFSC= Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

### **4.3 Tipos de partos e práticas de humanização ao trabalho de parto adotadas na maternidade do HU/UFSC**

Na admissão ao centro obstétrico da maternidade do HU, 61 mulheres (61,62%) referiram algum grau de esclarecimento pela enfermagem quanto aos tipos de partos, estrutura física e disponibilidade de materiais para alívio da dor. Um total de 18 pacientes (18,18%) dispensou o esclarecimento por já conhecerem, de partos anteriores, a estrutura física da maternidade. Para 15 parturientes (15,15%) não houve tempo hábil para o esclarecimento, pois estavam em período expulsivo à admissão. Também não receberam esclarecimentos 3 pacientes que internaram eletivamente para cesariana e 2 pacientes, pela dor intensa. (Tabela 4)

Houve presença de acompanhante durante o parto para 90 mulheres (90,91%). O companheiro da parturiente esteve presente em 69 partos (69,7%) e a presença da mãe da paciente ocorreu em 11 casos (11,11%). O corte do cordão umbilical foi feito pelo profissional de saúde em 91 partos (91,92%) e pelo acompanhante em 8 casos (8,08%). (Tabela 4)

Em relação aos materiais para alívio da dor existentes no centro obstétrico, 61 pacientes (61,62%) utilizaram o banho de chuveiro pelo menos uma vez durante o trabalho de parto. A bola foi usada por 50 parturientes (50,50%). Outros materiais totalizaram 5,05% de uso. (Tabela 4)

À admissão, 30 parturientes (30,30%) já haviam realizado tricotomia pré-hospitalar e 20 (20,20%) necessitaram de tricotomia para a cesariana. As 49 mulheres restantes (49,50%) não foram submetidas à tricotomia pré ou intra-hospitalar. Enteroclisma não foi prática utilizada em nenhuma das pacientes da amostra. (Tabela 4)

O trabalho de parto iniciou-se espontaneamente em 73 gestantes (73,74%), foi induzido em 23 pacientes (23,23%) e eletivo em 3 (3,03%). (Tabela 5)

O tipo de parto vaginal totalizou 68 (68,69%), seguido da cesariana em 30 pacientes (30,30%) e um caso de parto domiciliar (1,01%). Dentre os partos vaginais, 52 foram realizados em posição vertical (cócoras) e os 16 restantes com a parturiente em posição horizontal. Não houve registro de parto em posição genupeitoral neste estudo. (Tabela 5)

Episiotomia foi praticada em 13 dos 68 partos vaginais (19,11%). Dentre as 55 parturientes submetidas à parto normal sem o uso de episiotomia, em 40 (72,73%) verificou-se haver algum grau de laceração perineal. As lacerações de primeiro grau totalizaram 20 casos (36,36%), de segundo grau 18 (32,73%) e de terceiro grau 2 (3,64%), e, em 15 casos (27,27%) não houve registro de lacerações perineais (Tabela 5)

**Tabela 4** – Distribuição de 99 puérperas da maternidade do HU/UFSC no primeiro trimestre de 2006, segundo práticas de humanização ao trabalho de parto

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Esclarecimento à admissão no CO<sup>†</sup></b>		
Sim	61	83,84%
Não, pois já conheciam o local	18	12,12%
Não houve tempo hábil	15	4,04%
Não, pois fizeram cesariana	03	3,03%
Não, pela intensa dor	02	2,02%
Sim	61	83,84%
Total	99	100,00%
<b>Presença e Tipo de Acompanhante</b>		
Sem acompanhante	09	9,09%
Companheiro/ cônjuge	69	69,70%
Mãe	11	11,11%
Irmã	05	5,05%
Amiga, Cunhada, sogra e tia	05	5,05%
Sem acompanhante	09	9,09%
Total	99	100,00%
<b>Uso de materiais para alívio da dor</b>		
Banho de chuveiro	61	61,62%
Bola	50	50,50%
Outros	05	5,05%
Total	99	100,00%
<b>Realização de Tricotomia</b>		
Tricotomia pré-hospitalar	30	30,30%
Tricotomia no HU p/ cesariana	20	20,20%
Não realizaram tricotomia	49	49,50%
Total	99	100,00%
<b>Realização de enterocлизма</b>		
Não realizaram	99	100,00%
<b>Corte do cordão umbilical</b>		
Profissional de saúde	91	91,92%
Acompanhante	08	8,08%
Total	99	100,00%

\* HU/UFSC= Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>†</sup> CO = Centro Obstétrico

**Tabela 5** – Distribuição das puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC\* no primeiro trimestre de 2006, segundo variáveis relacionadas ao parto

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Início do Trabalho de Parto</b>		
Espontâneo	73	73,74%
Induzido	23	23,23%
Eletivo	03	3,03%
Total	99	100,00%
<b>Tipo de Parto realizado</b>		
Vaginal Vertical	52	52,53%
Vaginal Horizontal	16	16,16%
Cesariana	30	30,30%
Parto domiciliar	01	1,01%
Total	99	100,00%
<b>Episiotomia nos partos vaginais<sup>†</sup></b>		
Realizada	13	19,11%
Não realizada	55	80,89%
Total	68	100,00%
<b>Presença de Laceração Perineal<sup>‡</sup></b>		
Ausência de laceração	15	27,27%
Laceração de 1º grau	20	36,36%
Laceração de 2º grau	18	32,73%
Laceração de 3º grau	02	3,64%
Total	55	100,00%

\* HU/UFSC= Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>†</sup> Episiotomia nos partos vaginais = refere-se à realização do procedimento apenas nos partos vaginais (horizontal e vertical).

<sup>‡</sup> Presença de Laceração Perineal nos partos vaginais sem episiotomia = refere-se aos 55 partos normais em que a episiotomia não foi realizada.

Dos 99 partos realizados na maternidade, houve um parto de gemelares, acarretando, portanto, no nascimento de 100 crianças. Com relação aos 100 recém-nascidos (RN), a média ponderal obtida foi de 3271,94g, com desvio padrão de 565,18, mediana de 3310, intervalo de 3420, com valores entre 1060g e 4480g. A média do comprimento apresentada entre os neonatos foi de 48,33cm, com desvio-padrão de 3,24, mediana de 49, intervalo de 20 e valores entre 33cm e 53cm. Em relação à idade gestacional, 86 neonatos foram classificados como a termo (86%), 11 pré-termos (11%) e 3 pós-termos (3%).

Na consulta puerperal realizada seis semanas após o parto, 60 pacientes (60,61%) referiram bom grau de satisfação pelos serviços prestados durante toda a internação, 35 relataram excelência do atendimento (35,35%) e 4 mulheres consideraram o atendimento ruim (4,04%).



#### 4.4 Variáveis relacionadas à amamentação

Durante o pré-natal, 79 pacientes relataram algum grau de preparo da mama para a lactação (79,8%) e 20 não realizaram nenhum cuidado (20,20%). (Tabela 6)

Durante o tempo de internação no alojamento conjunto da maternidade do HU, 31 mulheres sentiram alguma dificuldade na amamentação (31,31%), necessitando de ajuda da Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM) do HU. Nas seis primeiras semanas de puerpério, 32 pacientes referiram dificuldade na amamentação (32,32%) e 21 apresentaram fissura mamária (21,21%), 8, ingurgitamento mamário (8,08%) e, 7, mastite puerperal (7,07%). (tabela 6)

**Tabela 6** – Distribuição das puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC no primeiro trimestre de 2006, segundo variáveis relacionadas à amamentação

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Preparo da Mama no Pré-Natal</b>		
Prepararam	79	79,80%
Não prepararam	20	20,20%
Total	99	100%
Prepararam	79	79,80%
<b>Dificuldades na amamentação no AC<sup>†</sup></b>		
Apresentaram dificuldade	32	32,32%
Não apresentaram dificuldade	68	68,69%
Total	99	100%
<b>Dificuldades na amamentação em 6 semanas<sup>‡</sup></b>		
Apresentaram dificuldade	31	31,31%
Fissura mamária	21	21,21%
Ingurgitamento mamário	08	8,08%
Mastite puerperal	07	7,07%
Total	99	100%
<b>Exame mamário- consulta puerperal de 6 sem<sup>§</sup></b>		
Normal	93	93,94%
Fissura mamária	05	5,05%
Inversão de papila	01	1,01%
Total	55	100%

\* HU/UFSC= Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>†</sup> Dificuldade na amamentação durante o tempo de internação no Alojamento Conjunto (AC)

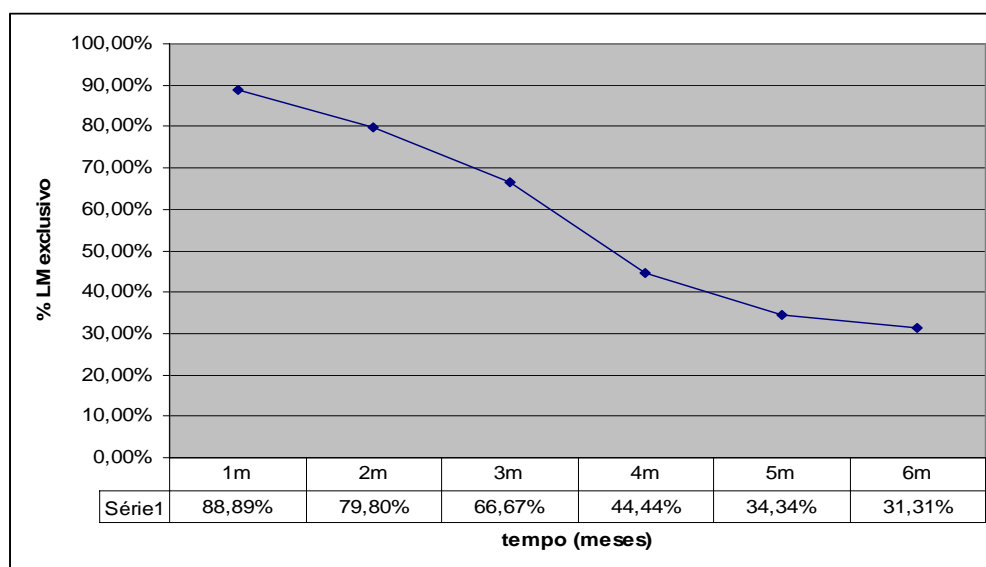
<sup>‡</sup> Presença de dificuldades da amamentação nas primeiras semanas puerperais.

<sup>§</sup> Exame mamário na consulta puerperal realizada seis semanas após o evento.

Na consulta puerperal ocorrida na sexta semana pós-parto, 93 pacientes apresentavam normalidade ao exame mamário (93,94%) e, 5, fissura mamária (5,05%). Uma puérpera manifestou inversão de papila, duas tinham prótese de silicone e, a última, apresentava histórico de mamoplastia redutora. (Tabela 6)

A prática da exclusividade de leite materno foi adotada por 88 mulheres (88,89%) no primeiro mês pós-parto, por 79 quando findo o segundo (79,8%), e por 31 ao término do sexto (31,31%). (Gráfico 1)

**Gráfico 1** – Distribuição de 99 puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC\* no primeiro trimestre de 2006, segundo taxas de aleitamento materno exclusivo



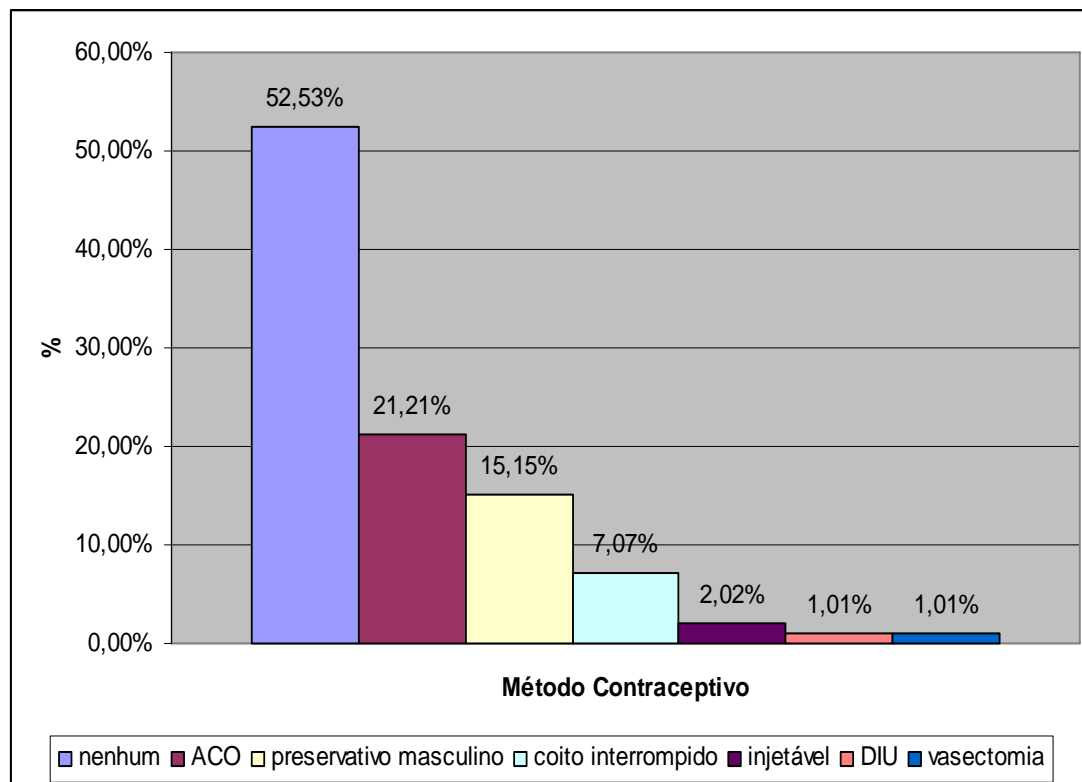
\* HU/UFSC= Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

#### 4.5 Retorno às Atividades sexuais e laborais e Métodos Contraceptivos utilizados até seis meses após o parto

A gestação foi planejada para 36 mulheres (36,36%) e não planejada em 63,64% dos casos. Entretanto, 100% declararam-na aceita.

A gravidez foi decorrente de falha em algum método contraceptivo para 47 mulheres (47,47%) tendo 52 delas afirmado não ter adotado precaução alguma neste sentido (52,53%). Um total de 21 mulheres (21,21%) relataram gravidez com o uso de anticoncepcional oral (ACO), 15 (15,15%) com o uso de preservativo masculino, 7 (7,07%) com a prática de coito interrompido, 2 (2,02%) com anticoncepcional injetável, 1 (1,01%) com Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e 1 (1,01%) com vasectomia. (Gráfico 2)

**Gráfico 2** – Distribuição de 99 puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC\* no primeiro trimestre de 2006, segundo ausência e falha de método contraceptivo



\* HU/UFSC= Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

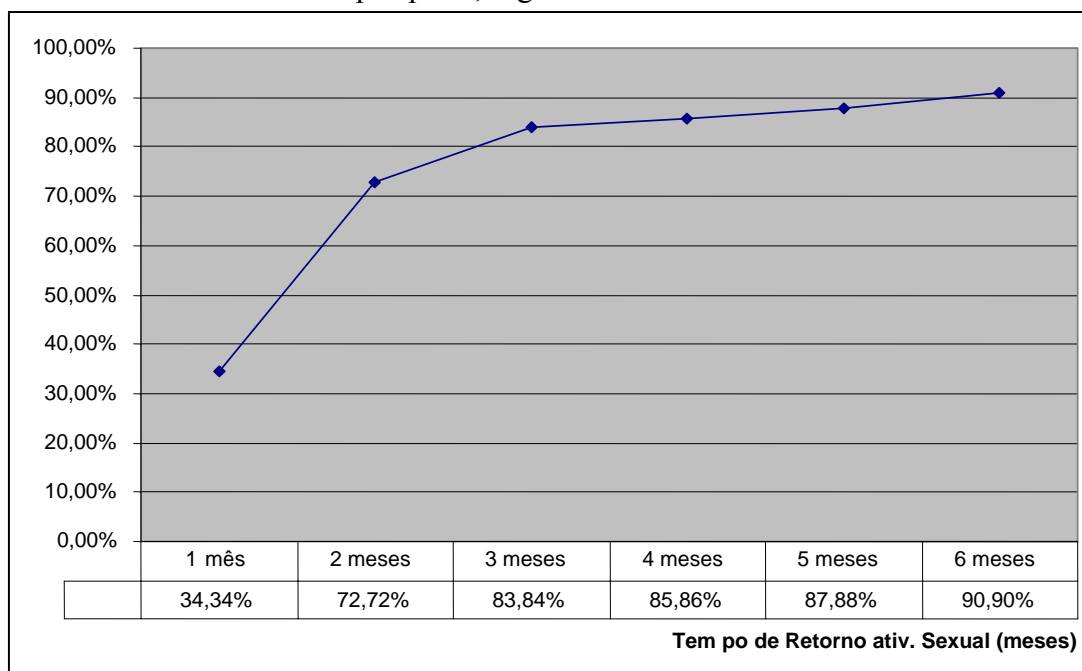
Gestação futura era desejada por 21 mulheres (21,21%) na sexta semana puerperal e, seis meses após o parto, por 25 (25,25%).

Retorno à atividade sexual foi referido por 34 mulheres (34,34%) no primeiro mês pós-parto. Dessas, 18 relataram dispareunia (18,18%) e, 20, diminuição da libido (58,82%). No sexto mês após o parto, 90 pacientes já haviam retornado à prática sexual (90,91%), sendo a taxa de dispareunia de 16,67% (15 mulheres) e da diminuição da libido de 30% (27 mulheres). (Gráfico 3)

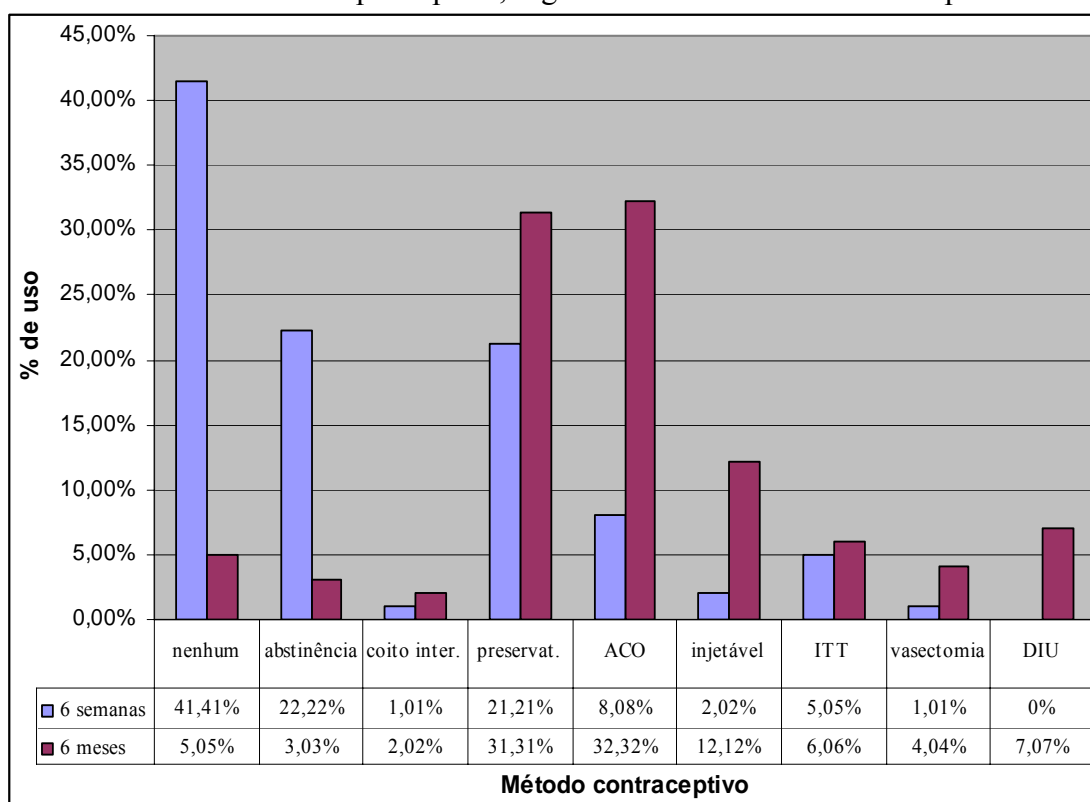
Com referência ao uso de métodos contraceptivos nas seis primeiras semanas pós-parto, 41 mulheres relataram não usar nenhum dos disponíveis no mercado (41,41%), tendo 22 delas optado pela abstinência sexual (22,22%). Uso de preservativo foi a escolha de 21 mulheres (21,21%), anticoncepcional oral de 8 (8,08%) e esterilização feminina definitiva (ITT) de 5 (5,05%). (Gráfico 4)

Seis meses após o parto, a maioria das mulheres (32,32%) usava como método o anticoncepcional oral, e, 31 (31,31%), o preservativo nas relações sexuais. (Gráfico 4)

**Gráfico 3** – Distribuição de 99 puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC\* na sexta semana e seis meses após parto, segundo retorno das atividades sexuais



**Gráfico 4** – Distribuição de 99 puérperas atendidas na maternidade do HU/UFSC\* na sexta semana e seis meses após o parto, segundo uso de métodos contraceptivos



\* HU/UFSC= Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

Após seis meses do parto, 7 mulheres encontravam-se em nova gestação (7,07%), tendo 3 delas admitido a não utilização de qualquer método contraceptivo, 3 relatado o uso de anticoncepcional oral e, 1, de preservativo. Dentre essas mulheres, a média de aleitamento materno exclusivo foi de 3,42 meses.

Do total da amostra, 74 puérperas relataram o exercício de atividade remunerada antes do parto. Na sexta semana após o parto, 6 delas já haviam retornado ao emprego (8,11%). Seis meses após o parto, 54 mulheres retornaram às atividades laborais (72,97%).

#### **4.6 Exame ginecológico realizado nas consultas puerperais**

Na sexta semana de puerpério, 92 mulheres não apresentavam mais lóquios (92,93%) e 7 delas os tendo em fase de resolução (7,07%).

À inspeção vulvar, na consulta realizada na sexta semana após o parto, 95 mulheres (95,96%) registraram normalidade ao exame, tendo 2 delas (2,02%) apresentado granuloma no local da sutura da episiotomia, 1 (1,01%), hiperemia na fúrcula vaginal e, 1(1,01%), lesão sugestiva de vírus papiloma humano (HPV). Ao exame especular, seis semanas após o parto, houve normalidade em 94 mulheres (94,95%), presença de vaginose em 3 (3,03%) e ectopia extensa em 2 mulheres (2,02%). Seis meses após o parto o índice de normalidade foi encontrado em 92 mulheres (92,93%), tendo 3 apresentado candidíase (3,03%), 2 ectopia extensa (2,02%) e 2 vaginoses (2,02%).

Ao toque vaginal, realizado 6 semanas e 6 meses após o parto, houve normalidade em 98 mulheres (98,99%) e presença de cisto em uma mulher (1,01%).

Prolapso uterino foi um achado em 31 mulheres (31,31%), sendo de primeiro grau em 30 pacientes (30,30%) e de segundo grau em 1 (1,01%). Uretrocele, encontrada em 7 pacientes (7,07%), foi classificada como de primeiro grau em 5 casos (5,05%) e, de segundo grau, em 2 (2,02%). Evidenciou-se cistocele em 18 puérperas, sendo de primeiro grau em 13 (13,13%) e 5 (5,05%) de segundo grau. Retocele foi evidenciada em 10 mulheres (10,1%), tendo 9 (9,09%) das pacientes apresentado de primeiro grau e, de segundo grau, em 1 (1,01%). Exibiram plicoma hemorroidário 3 mulheres (3,03%). Incontinência urinária de esforço foi relatada por 12 mulheres (12,12%).

Colpocitologia oncológica foi coletada em 92 mulheres com resultado normal em 85 delas (92,39%). Os sete resultados alterados tiveram como laudos do anatomopatológico: 2 lesões de alto grau, 3 infecções por *Candida sp* e 2 infecções por *Gardnerella sp*.

Infecção puerperal esteve presente em 5 pacientes (5,05%), sendo que 3 mulheres apresentaram infecção na ferida operatória da cesariana (3,03%), 1 apresentou infecção na sutura da episiotomia (1,01%) e 1 endometrite (1,01%).

## 5. DISCUSSÃO

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado em junho de 2000 pelo Ministério da Saúde, assegura a melhoria de acesso, de cobertura e de qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos à cidadania. Fundamenta-se na humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primordial para uma adequada ação. Estabelece critérios para qualificar e promover integração entre a assistência ambulatorial e o momento do parto, alicerçados em evidências científicas.<sup>10,30,31</sup> As necessidades de redução dos índices de mortalidade materna, de humanização dos partos e as perspectivas de saúde dos recém-nascidos dependem, entre outros fatores, também da qualidade e da celeridade do atendimento dos serviços de saúde.<sup>30-35</sup>

Neste contexto, o delineamento do perfil epidemiológico das usuárias da maternidade do HU/UFSC evidenciou que a distribuição de gestantes por faixa etária é consoante com os dados da população feminina do último censo do IBGE no ano de 2000.<sup>36</sup> Nascimento *et al.*<sup>37</sup> em estudo realizado em Guaratinguetá (São Paulo), no ano de 2003, evidenciou que a idade média das gestantes atendidas em serviços públicos foi de 24 anos. A faixa etária prevalente em nosso trabalho compreendeu mulheres entre 20 e 24 anos (31,32%), com média de idade de 26,48 anos, refletindo ser este o período de grande fertilidade da vida reprodutiva feminina. Segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2006, para o município de Florianópolis, a prevalência de gestação em menores de 19 anos foi de 15% e, em nossa amostra totalizou 11,11%.<sup>20</sup> A ocorrência de 29,29% das mulheres com idade superior a 31 anos em nossa casuística, sugere prioridade à vida profissional através do adiamento da maternidade.

Observamos resultados similares à síntese dos indicadores sociais do IBGE para o ano de 2008, com maior proporção de mulheres autodeclaradas casadas e em união estável, respectivamente 40,40% e 46,46%.<sup>36</sup> Contudo, em 2007, Queiroz *et al.*,<sup>38</sup> e em 2006, Spíndola *et al.*,<sup>39</sup> encontraram predomínio de mulheres solteiras em hospitais públicos do Ceará e do Rio de Janeiro, respectivamente. Em nosso meio, o maior número de casais que formalizaram suas uniões estáveis pode ter sido influenciado pelo novo código civil, de 2002 e pelos casamentos coletivos promovidos desde então.<sup>40</sup>

Preponderância de mulheres com até o primeiro grau completo foi encontrada nos estudos de Sales *et al.*,<sup>41</sup> realizado na Bahia, Queiroz *et al.*,<sup>38</sup> no Ceará, Spíndola *et al.*,<sup>39</sup> no Rio de Janeiro e Nascimento,<sup>37</sup> em Guaratinguetá, respectivamente de 51%, 57%, 56,7% e 76,1%. Segundo grau completo foi observado em 41,41% de nossos resultados, tendo 21,21% das mulheres apresentado mais de nove anos de escolaridade. A elevada escolaridade materna em nossa amostra sugere menor risco obstétrico, segundo o Ministério da Saúde.<sup>10</sup>

Nos estudos realizados em hospitais públicos do Ceará<sup>38</sup> em 2007 e em Guaratinguetá<sup>37</sup> no ano de 2003, houve dominância de donas-de-casa à razão, respectivamente, de 56,4% e 83,7%. Em contraste a tais publicações, encontramos menor proporção de donas-de-casa (25,25%) e maior de profissionais, sendo que 72,97% das mulheres já haviam retornado ao emprego até o sexto mês pós-parto. O incremento da participação feminina na renda familiar ocorre em função das transformações socioeconômicas e da maior escolaridade entre as mulheres.<sup>36</sup>

Um indicador importante tanto para a caracterização dos domicílios, quanto para a análise da qualidade de vida refere-se ao número médio de moradores por domicílio. Encontramos uma média de quatro moradores por domicílio, número ligeiramente superior ao divulgado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no de 2007, que apresentou média de 3,4 moradores por domicílio.<sup>36</sup> Creditamos o baixo índice à tendência brasileira de queda da fecundidade e de redução do tamanho médio das famílias.

Segundo a síntese dos indicadores sociais do IBGE, em 2007, aproximadamente um terço das famílias vivia com rendimento mensal de até meio salário mínimo *per capita*.<sup>36</sup> Nossos dados revelaram média familiar de 3,74 salários mínimos e renda domiciliar per capita de até um salário mínimo em 69,7% da amostra.

No Brasil, a assistência pré-natal apresenta importantes diferenciais, dependentes da região brasileira, número e periodicidade de consultas, envolvimento dos profissionais de saúde, realização de exames e da consulta puerperal. O PHPN prevê um número mínimo de seis consultas pré-natais no Brasil, sendo a inicial no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo e três no terceiro trimestre. Entretanto, contrariamente ao PHPN, a OMS, em 2002, estabeleceu um número mínimo de quatro consultas pré-natais por gestante.<sup>10,31,35</sup>

Em 2005, segundo o Ministério da Saúde, a média brasileira de consultas pré-natais por gestante foi de 5,45, sendo que apenas 25% delas realizam seis ou mais avaliações.<sup>10,31,35</sup> Em 2004, no município de Florianópolis, 64,4% das gestantes realizaram seis ou mais consultas pré-natais.<sup>20</sup> Constatamos número igual ou superior a seis consultas pré-natais em 90,91% dos casos, evidenciando uma maior cobertura em relação aos indicadores de atenção



básica para Florianópolis e para o Brasil. Porém, houve diferença estatística quanto ao número de consultas pré-natais em relação aos grupos de pacientes que participaram e que não participaram de nosso estudo. As pacientes que não realizaram as consultas puerperais apresentaram menor cobertura pré-natal, atingindo índice de seis ou mais consultas pré-natais de 80,62%. Dessa forma, houve relação direta entre número de consultas pré-natais e assistência puerperal.

No município de Guaratinguetá, Nascimento<sup>37</sup> em 2003, encontrou que 64,4% das gestantes submeteram-se a consultas pré-natais na rede pública. Em nosso estudo este índice foi de 83,84%, sendo a procedência majoritária de Florianópolis. O maior contingente de mulheres da referida cidade sugere melhoria da abrangência da atenção à saúde em muitos municípios do Estado de Santa Catarina, possibilitando, dessa forma, a realização de partos de baixo risco nas cidades de origem das pacientes.

Segundo dados do IBGE, a taxa de fecundidade total do país em 2007 ficou abaixo do nível de reposição da população, sendo de 2,1 filhos por mulher. Em 1997, a taxa era de 2,54. A região Norte apresentava a maior taxa (2,60 filhos por mulher), enquanto a Sudeste, a menor (1,62 filhos por mulher). Por unidade da federação, a taxa de fecundidade variava de 2,66 (Amapá) e 1,57 (Rio de Janeiro).<sup>36</sup> Para Florianópolis, segundo dados do IBGE e do SINASC, no ano de 2007, houve uma média de 1,27 filhos vivos nascidos por mulher.<sup>20,36</sup> Encontramos média de 0,85 gestações anteriores entre as pacientes. Acreditamos que a menor taxa de fecundidade das parturientes atendidas no HU/UFSC represente um melhor nível de escolaridade e de acesso aos serviços de saúde.

Contrariamente ao modelo tecnocrático, a proposta da humanização do pré-natal, parto e puerpério, é, acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher, enquanto ser humano, e da necessidade de práticas com evidências que permitam incrementar a segurança e o bem-estar desta e do recém-nascido, respeitando suas escolhas.<sup>30</sup> Atualmente, a discussão sobre humanização e seus principais aspectos, como autonomia e direitos, já faz parte de uma série de instâncias.<sup>38</sup> A maternidade do HU/UFSC, reconhecida pela adoção de práticas de humanização ao parto, possibilita que qualquer gestante visite a instituição, mediante agendamento mensal prévio, com o objetivo de conhecer o serviço e a filosofia da maternidade. O número baixo de visitas em nossa casuística (14,14%) pode ser influenciado pela falta de orientação do médico pré-natalista ao referir o serviço, desconhecimento das pacientes ou pelo número restrito de grupos de visitação. A política de visita à maternidade deve ser encorajada, pois as expectativas alimentadas em relação ao parto podem influenciar o curso da gestação, do trabalho de parto e até da adaptação entre mãe e filho no pós-parto.<sup>42</sup>

No que concerne às informações oferecidas sobre o funcionamento dos serviços no momento da internação, o estudo de Queiroz *et al.*,<sup>38</sup> realizado em um hospital público do Ceará, mostrou que 39,7% das mulheres receberam certo grau de esclarecimento e que a 59% não foi transmitida nenhuma informação. Na maternidade do HU/UFSC, 61,62% das pacientes referiram esclarecimento quanto aos tipos de partos, conheceram a estrutura física e a disponibilidade de materiais para alívio da dor, enquanto que, 18,18% dispensaram o esclarecimento por já conhecerem, de partos anteriores, a estrutura da maternidade. Quando o profissional oferece informação clara e objetiva, cria um vínculo de confiança com a paciente. O direito de acesso à informação deve ser respeitado, sobretudo através de linguagem simples e compreensível.<sup>43</sup>

A OMS desde 1996 preconiza como práticas eficientes para melhorar a evolução do trabalho de parto a liberdade para a parturiente movimentar-se, restringindo o tempo de permanência no leito.<sup>17</sup> Medidas simples de conforto para a diminuição da dor durante o trabalho de parto, como caminhar, banho morno e massagem nas costas foram técnicas de relaxamento empregadas por 70% das parturientes, conforme estudo de Wrobel *et al.*,<sup>43</sup> realizado numa maternidade pública de Londrina. Quanto ao uso de materiais para alívio da dor, na maternidade do HU/UFSC, 100% das mulheres optou por utilizá-los, com preferência pelo uso do banho com água morna e pela bola obstétrica. A bola simula a posição de cócoras, estimula o balanço pélvico e facilita a dilatação do diâmetro pélvico e a rotação da descida fetal, enquanto que a água morna promove a vasodilatação periférica com relaxamento muscular e alívio da dor.<sup>43</sup> Bio *et al.*,<sup>44</sup> em ensaio clínico controlado realizado no Hospital da Universidade de São Paulo, em 2006, verificaram que a mobilidade adequada da parturiente influencia de maneira positiva o trabalho de parto, através do aumento da tolerância à dor, restrição do uso de fármacos e melhora da evolução da dilatação, com diminuição de duração da fase ativa do trabalho de parto. Sendo assim, a liberdade de posição e a deambulação da parturiente durante todo o desenrolar do trabalho de parto são formas benéficas à parturiente e que devem ser encorajadas.<sup>45</sup>

Considera-se que a inter-relação dos aspectos técnicos e relacionais deve ser incluída em toda a gestão de qualidade. Assim, torna-se imprescindível assinalar a importância de uma assistência médica integral no processo de nascimento, com ações multidisciplinares. A inclusão das usuárias nas escolhas e decisões sobre os procedimentos a serem empregados fazem parte da realidade em nossa instituição.

No Brasil, no âmbito do SUS, há a garantia às parturientes do direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.<sup>46</sup> Há o estímulo à

presença de acompanhante durante toda a permanência da paciente em nosso serviço, sendo constatada em 90,91% dos casos, com destaque para a participação paterna no processo de parturição. Brüggemann *et al.*,<sup>47</sup> em artigo de revisão de literatura sobre o suporte durante o trabalho de parto e parto, constataram que os efeitos do auxílio e acompanhamento à parturiente estiveram mais associados a resultados maternos, destacando-se a redução da taxa de cesarianas, seguida pela diminuição do uso de ocitocina, duração do trabalho de parto, analgesia e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento. Em 2007, Mamede *et al.*<sup>45</sup> acrescentam que o útero contrai com mais eficácia e o fluxo sanguíneo placentário aumenta.

O corte do cordão umbilical na maternidade do HU/UFSC é realizado por profissional da saúde na maioria dos casos, sendo que o acompanhante o realizou em apenas 8,08% dos partos. Na literatura não foram encontrados estudos que abordassem esse tema.

A prática de enteroclisma, como rotina, não é adotada em nosso serviço, sendo utilizada apenas para casos restritos e selecionados, o que se confirmou em nossa amostra, pois em nenhuma vez foi empregado. Em ensaio clínico randomizado, realizado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) por Lopes *et al.*,<sup>48</sup> o enteroclisma não abreviou o tempo de trabalho de parto e não reduziu a contaminação fecal. Entretanto, as mulheres submetidas a tal procedimento tiveram opinião mais favorável do que as que não realizaram.<sup>48</sup> A realização de tricotomia é uma prática que parte das gestantes adota previamente à internação, porém, o uso intra-hospitalar em nossa instituição é restrito às cesarianas. Segundo a OMS, tricotomia e enema são condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas.<sup>17</sup>

Com relação à satisfação das mulheres com o atendimento na maternidade, o estudo de Queiroz *et al.*,<sup>38</sup> realizado em 2007, mostrou que 70,5% delas estavam muito satisfeitas com a qualidade do atendimento, 26,9% consideraram-no razoável e 2,6% encontravam-se pouco satisfeitas com o serviço prestado. Em nossos dados, 35,35% das puérperas relataram excelência no atendimento, 60,61% referiram bom grau de satisfação pelos serviços e 4,04% consideraram o atendimento ruim. Embora haja subjetividade na avaliação dos serviços de saúde sob perspectiva das usuárias do sistema, esta é primordial para direcionar os recursos disponíveis para a melhoria do atendimento. A acessibilidade, a formação de vínculos, a qualidade dos serviços e, conseqüentemente, a maior resolutividade em todos os níveis assistenciais conjugam as diretrizes do SUS.<sup>32</sup>

O Brasil é considerado um dos países com maior prevalência de cesariana no mundo.<sup>20,49,50</sup> Em 2002 e em 2003 as taxas brasileiras de cesariana foram, respectivamente de,

36% e 26,4%, sendo que o recomendado pela OMS regula entre 10% a 15% dentre todos os tipos de partos.<sup>20,50</sup> Cogita-se que em hospitais particulares o índice de cesarianas varie entre 80% a 90%.<sup>20</sup> Em estudos realizados em Guaratinguetá no ano de 2003 e no Ceará em 2007, os partos do tipo cesariana totalizaram 58,7% e 64%, respectivamente.<sup>37,38</sup> O tipo de parto mais freqüente no município de Florianópolis, no ano de 2005, conforme dados do SINASC, foi a cesariana, totalizando 51,4%.<sup>20</sup> Em relação a Florianópolis, o menor índice de parto cirúrgico em nossa casuística (30,30%), pode ser resultante da política de incentivo ao parto normal no HU/UFSC. Entretanto, o índice permanece aquém do ideal, de acordo com o recomendado pela OMS e a presença de enfermaria de alto risco em nossa instituição pode ter influenciado para o aumento do referido índice. A cesariana, por se tratar de um procedimento cirúrgico, apresenta riscos maternos e fetais. A decisão pelo nascimento por via alta deve ser tomada em situações especiais, pelo médico, quando os riscos do procedimento sejam suplantados pelos benefícios.<sup>20,51, 52</sup>

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais praticados em mulheres nos Estados Unidos da América (EUA), atingindo índices entre 30% a 35% nos partos vaginais.<sup>53-55</sup> Menta *et al.*,<sup>56</sup> em estudo realizado em uma maternidade pública do estado de São Paulo, relataram ocorrência em 33,7% dos partos normais. A episiotomia médio-lateral esquerda, realizada em 19,11% dos partos vaginais no HU/UFSC, não é rotina em nosso serviço, sendo utilizada apenas em casos selecionados. Inúmeros estudos foram publicados para estabelecer o uso deste procedimento como rotina nos partos vaginais. Hartmann *et al.*,<sup>53</sup> em revisão sistemática sobre o tema, constataram que não existem evidências científicas que indiquem o uso rotineiro de episiotomia em benefício materno. Ao contrário, a realização pode ter efeitos negativos naquelas mulheres que teriam lesão perineal de baixo grau caso não tivessem realizado o procedimento.<sup>53,55,57-59</sup> Também não há consenso quanto à escolha do tipo de incisão, mediana ou médio-lateral.<sup>53</sup> As evidências que relatam seqüelas perineais em longo prazo são imprecisas e com tempo de seguimento restrito.<sup>53,60,61</sup> Dessa forma, estudos relevantes são consistentes ao não demonstrar benefícios do uso de episiotomia para prevenir incontinências urinária e fecal e disfunções sexuais.<sup>53-55, 57-59</sup>

Lacerações de terceiro e quarto graus ocorrem em cerca de 6% das mulheres nos EUA, sendo que de 20% a 50% delas experimentarão algum tipo de morbidade perineal após o parto. Lacerações de graus elevados aumentam em 270% o risco de ocorrência de dor perineal no pós-parto ao se comparar com mulheres com ausência de laceração. Para lacerações de primeiro e segundo graus não há evidências de morbidade perineal relatada na literatura.<sup>54,62</sup> Em nossa casuística, a maior proporção de lacerações perineais foram classificadas como de

baixo grau, sendo que em apenas 3,64% dos casos houve laceração de terceiro grau. Os baixos índices de lacerações perineais de elevado grau em nosso serviço podem ser resultantes de uma assistência efetiva ao trabalho de parto dispensada às pacientes.

Em relação aos recém-nascidos, 86% nasceram à termo, com adequada média pôndero-estatural. Segundo o SINASC, para o município de Florianópolis no ano de 2005, os prematuros totalizaram 7,6% de todos os nascimentos e, em nossa casuística, 11%. A presença de enfermaria de alto risco em nossa instituição pode ter contribuído pelo maior número de partos pré-termos observados.

Sales *et al.*,<sup>41</sup> em estudo realizado em hospital geral da Bahia, observaram que 50% das pacientes que procuraram o centro de incentivo ao aleitamento materno da instituição, revelaram não terem suas mamas examinadas durante as consultas de pré-natal e, 50% afirmaram não terem recebido qualquer orientação sobre aleitamento materno. Em nosso estudo houve boa orientação durante o pré-natal, sendo que 79,8% das pacientes referiram algum grau de preparo da mama para a lactação. Encontramos incidência de fissura mamária similar ao do estudo realizado na Bahia, porém nossos casos de ingurgitamento mamário foram cinco vezes menores e os de mastite, dez vezes menores.

A amamentação forma uma base biológica e emocional tanto para a saúde materna quanto para a infantil. As evidências científicas de seus benefícios se acumulam a cada ano, e as autoridades de saúde recomendam sua implementação através de políticas e ações que previnam o desmame precoce.<sup>9,41,63-65</sup> Apesar dos esforços e incentivos à amamentação, o desmame precoce ainda é muito freqüente. No Brasil, em 1997, a mediana de aleitamento predominante foi de 72 dias, sendo a região Sul a que apresentou a melhor prevalência de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.<sup>20,66</sup> Segundo o Ministério da Saúde, dentre as capitais brasileiras, no ano de 1999, Florianópolis obteve os melhores índices de aleitamento materno, com 71,8% de exclusividade até o primeiro mês, 61% no segundo e, 18,4% no final do sexto mês. Os melhores índices de aleitamento materno exclusivo em nossa casuística parecem refletir o estímulo e apoio dos profissionais de saúde. A presença de uma Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM) no HU/UFSC permite o retorno das pacientes, espontaneamente ou com encaminhamento de outros serviços, em caso de dúvidas ou problemas com a amamentação.

Como no Brasil as mulheres amamentam em média por pouco tempo e sendo a taxa de mortalidade infantil elevada, a adoção de medidas que incentivem o aleitamento materno contribuiria para a redução da morbimortalidade infantil, através do aumento do tempo de aleitamento materno. Além disso, o estímulo à amamentação aumenta o intervalo interpartal.

Dessa forma, estudos recentes têm difundido a introdução da lactação e amenorréia como método contraceptivo (LAM) em programas de planejamento familiar.<sup>7,8,67</sup> Se bem utilizado o método, com boa orientação e aceitação materna, apresenta eficácia de 98% em seis meses.<sup>7,8</sup>

Mais da metade das pacientes referiu o não planejamento da última gestação, sendo que 47,47% não usou método contraceptivo. Estes dados vão ao encontro ao estudo realizado no Ceará por Queiroz *et al.*<sup>39</sup> Número significativo de mulheres relatou ter engravidado com o uso de anticoncepcional oral e de preservativo. Seis semanas após o parto, os métodos contraceptivos mais usados foram abstinência sexual e códon. Seis meses após o parto destacaram-se o preservativo e o anticoncepcional oral. Ressaltamos que seis meses após o parto, sete pacientes já se encontravam em nova gestação. O grande número de falhas na anticoncepção em nossa amostra chama atenção para a necessidade de programas de orientação contraceptiva e de planejamento familiar mais consistentes. Barber,<sup>68</sup> em estudo realizado em 17 estados mexicanos, mostrou que programas integrados de planejamento familiar durante o pré-natal são estratégias importantes para o uso futuro de contracepção. Mulheres que receberam orientação durante o pré-natal são mais propensas a usarem preservativo que as que não receberam.<sup>67,68</sup> A não utilização de método algum está relacionado a piores condições socioeconômicas.<sup>68,69</sup>

O nascimento de uma criança representa o evento central da vida reprodutiva da mulher, com potencial de repercussão na vida sexual em todos os domínios. Não há um momento definido como ideal para o recomeço das relações sexuais, sendo o recomendado que, após duas semanas do parto, a atividade sexual possa ser reiniciada, segundo o desejo do casal.<sup>2</sup> Connolly *et al.*,<sup>70</sup> em estudo prospectivo longitudinal realizado na Universidade da Carolina do Norte, observaram retorno sexual de 57%, com taxa de dispareunia de 30% nas primeiras seis semanas pós-parto. Em nossa casuística, 34,34% das pacientes retornaram às atividades sexuais seis semanas após o parto, sendo dispareunia observada em 52,94% dos casos. Seis meses após o parto nossos resultados são similares aos de Connolly *et al.*,<sup>70</sup> que encontrou retornou sexual em 90% das mulheres e dispareunia em 17% delas. Quando comparado aos nossos resultados, acreditamos que o referido estudo apresentou menores taxas de disfunção sexual pelo maior número de partos normais sem episiotomia realizados e pela amostra ser constituída apenas por primíparas.

Em sumário de evidência englobando seis estudos sobre a função sexual no puerpério, de acordo com o tipo de parto, Hicks *et al.*,<sup>71</sup> relataram que o parto vaginal sem episiotomia diminui o risco de disfunção sexual quando comparado ao parto com episiotomia ou lacerações. A análise da função sexual no período pós-parto é complexa, pois envolve

múltiplos fatores, como aspectos físicos, fisiológicos, psicológicos, relacionamento com o parceiro, presença de lactação, paridade, tipo de parto, dentre outros. As alterações da função sexual, como dispareunia, diminuição da libido e da lubrificação vaginal, dentre outras, são prevalentes nas mulheres, com taxas que variam entre 22% a 86%, dependendo do tipo de desenho do estudo. Dessa forma, o impacto da gestação e do puerpério na função sexual ainda permanece controversa na literatura.<sup>54,60,70-77</sup>

Seis semanas após o parto os lóquios já não estavam presentes em 92,93% das pacientes. Inicialmente, os lóquios são mais avermelhados, *lochia rubra*. Aos poucos se tornam mais róseos, pelo menor conteúdo hemático, *lochia serosa ou flava*. Por volta do décimo dia atinge a coloração mais esbranquiçada, *lochia alba*.<sup>1</sup> A persistência de loquiação avermelhada após duas semanas aponta para a possibilidade de restos placentários e/ou subinvolução do seu sítio de implantação. Odor fétido pode estar relacionado com endometrite ou vaginose bacteriana, o que não ocorreu em nossa amostra.<sup>1</sup> Obtivemos também baixo índice de infecção puerperal no estudo.

Normalidade à inspeção vulvar foi observada em quase totalidade das mulheres em nossa casuística. Nas consultas puerperais, seis semanas e seis meses após o parto, houve presença de vaginose bacteriana em, respectivamente três e duas pacientes. No puerpério, a vagina torna-se mais alcalina, com flora mista e conseqüente redução da defesa contra a proliferação de microorganismos. Além disso, a presença de lacerações e pequenas fissuras pode favorecer o crescimento de rica flora cocobacilar, onde abundam, no entanto, germes inócuos.<sup>1</sup> Parte destes microorganismos foi evidenciada no resultado da colpocitologia oncótica das pacientes, apesar desta não ser a indicação para a realização do exame. As duas pacientes que apresentaram lesão de colo uterino de alto grau foram encaminhadas para complementação de estudo e adoção de conduta apropriada. O exame de *Papanicolaou* está associado com a redução de mortalidade por câncer de colo de útero nos países em desenvolvimento.<sup>13</sup> O ciclo gravídico-puerperal representa período para o rastreamento oportuno do câncer de colo de útero, em razão dos múltiplos contatos da paciente com a equipe de saúde. Entretanto, ainda permanece incerto na literatura se a coleta do esfregaço cervical no puerpério (imediato, tardio ou remoto) poderia influenciar as taxas de resultados alterados.<sup>13</sup>

A gestação e o parto podem afetar o trato geniturinário por alterações anatômicas, denervações ou traumatismos.<sup>78</sup> Os efeitos do nascimento são globais e incluem alterações na continência urinária e fecal e na integridade do assoalho pélvico. Incontinência urinária esteve presente em 12,12% das pacientes em nosso estudo, sendo as reais causas difíceis de serem

diagnosticadas em razão dos sintomas geralmente ocorrerem tempos após o parto. Ainda não está claro na literatura se as alterações são secundárias ao tipo de parto ou pela própria condição da gravidez.<sup>54</sup> Mulheres com lacerações perineais de terceiro e quarto graus estão mais sujeitas à incontinência urinária quando comparadas a mulheres com períneo íntegro no pós-parto.<sup>59</sup> Entretanto, a presença de períneo intacto no pós-parto não exclui o aparecimento de sintomas urinários no futuro.<sup>61,79</sup>

Com relação às distopias urogenitais, há evidências de que o parto vaginal diminua a força muscular do assoalho pélvico de primíparas quando comparado aos casos submetidos à cesariana e às nulíparas.<sup>80</sup> Após o parto, 20% das primíparas que não apresentavam alteração alguma no assoalho pélvico, passarão a desenvolver, principalmente na musculatura pubovisceral.<sup>54</sup> À conta do acentuado relaxamento do diafragma urogenital consignado após o parto, a parede anterior da vagina tende a prolabar, sobretudo nas multíparas, esboçando a cistocele.<sup>1</sup> Em nosso estudo encontramos cistocele em 18 pacientes, sendo classificadas como de baixo grau. Os índices de prolapso uterino totalizaram 30,30%, sendo todos de baixo grau. Atualmente consideram-se fatores de risco para prolapso uterino: gravidez, parto vaginal, idade, aumento da pressão intra-abdominal, menopausa, hipoestrogenismo, trauma, fatores genéticos, raça, doenças musculoesqueléticas, doenças crônicas, fumo e cirurgias prévias.<sup>54</sup> Retocele de baixo grau foi constatada em 10,1% de nossa casuística e plicoma hemorroidário em 3,03%. A compressão do sigmóide pelo útero puerperal, as lesões contusas de vísceras envolvidas no fenômeno do parto, o relaxamento da musculatura abdominal e perineal, e as episiotomias podem dificultar as eliminações intestinais e favorecer o surgimento de retocele.<sup>1</sup>

Diante deste estudo, a avaliação da qualidade do processo de assistência é fundamental para a melhoria e direcionamento das ações referentes ao pré-natal, parto e puerpério. A assistência à mulher na gestação só deveria ser considerada como concluída após a realização da consulta puerperal. O seguimento clínico após a gestação é imperativo por diferentes razões, como o estabelecimento de condutas para garantir o adequado intervalo interpartal, melhora dos resultados perinatais, orientação de métodos anticoncepcionais, assim como avaliação que permita detectar importantes alterações como as infecções puerperais, por exemplo. Porém, os registros do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) do SUS apresentam um número muito baixo de consultas puerperais realizadas. Ainda que seja provável que tais números estejam subestimados e que mais mulheres retornam para a revisão puerperal sem que o registro estatístico ocorra, de qualquer forma, a atenção ao puerpério prestada no Brasil é ínfima. Os aspectos qualitativos também são frequentemente subestimados. Entretanto, a cobertura vacinal realizada no primeiro mês de vida do lactente



para prevenção das formas graves de tuberculose (Bacilo Calmette-Guérin – BCG) é de 100% em todo o país, fato que confirma o retorno das mulheres aos serviços de saúde, após o parto, para os cuidados com filho.<sup>23,30</sup>

À exemplo brasileiro, constatamos extrema dificuldade em captar as pacientes para a realização das consultas puerperais. De um número inicial de 357 mulheres finalizamos a amostra com apenas 99 parturientes que compareceram às consultas no pós-parto. Em nossa casuística evidenciamos que as pacientes com menor número de consultas pré-natais foram também as que menos compareceram às consultas puerperais.

Importante ressaltar que a avaliação das distopias urogenitais em nosso estudo se restringiu ao estudo no período puerperal. Não temos dados que comprovem se as pacientes já as apresentavam previamente à gestação. Sugere-se que estudos sejam realizados com pacientes nulíparas, comparando os resultados quando as mesmas estiverem no período puerperal. Dessa forma se evitariam vieses na pesquisa em relação a variável distopias urogenitais.

A saúde pública apresenta papel fundamental na prioridade do acesso das mulheres aos serviços preventivos, às tecnologias de diagnóstico e tratamento, bem como à promoção do autocuidado para o resgate do bem-estar feminino. Acredita-se que a atenção à saúde da mulher seja um campo relevante de pesquisa para ações concretas. Para tanto, deve haver um forte comprometimento das organizações oficiais e da população, para que o conhecimento e as propostas sejam produzidos no sentido de se atender, de forma efetiva e humanizada, às necessidades do serviço.

Face à reduzida assistência puerperal em nosso país e ao número restrito de estudos sobre o tema, este trabalho buscou conhecer o perfil epidemiológico das parturientes do HU/UFSC e o seguimento dessas pelo período de seis meses após o parto. Ainda que o número de pacientes seja pequeno e que os dados não possam ser generalizados para outras instituições brasileiras, acredita-se que o estudo seja uma ferramenta diagnóstica das políticas de atendimento e de humanização de nossa instituição, permitindo a adoção de medidas futuras que visem a melhoria constante do serviço. Sugere-se a realização de estudos futuros com amostragem maior de pacientes para que tais medidas sejam empregadas de forma mais eficaz. A implantação de um ambulatório de puerpério para as pacientes atendidas na maternidade do HU/UFSC poderia ser mais um subsídio para facilitar a ocorrência de novos estudos na área.

## 6 CONCLUSÃO

Os dados obtidos a partir do estudo do perfil epidemiológico das parturientes atendidas na maternidade do HU/UFSC no primeiro trimestre de 2006 permitiu constatar:

- 1) Significativa presença de mulheres jovens, primíparas, casadas ou em união estável, com elevada escolaridade e atividade rentável.
- 2) Cobertura pré-natal ampla, com elevado número de consultas, predominantemente realizadas nas unidades básicas de saúde do município de Florianópolis.
- 3) Presença de política de humanização ao parto, evidenciando-se estímulo ao parto vaginal, presença de acompanhante, uso de métodos não farmacológicos para analgesia, baixos índices de episiotomia, lacerações e tricotomia e ausência do uso de enteroclisma.
- 4) Incentivo ao aleitamento materno, com prevalência de amamentação exclusiva no primeiro mês pós-parto de 88,89% e, findo o sexto mês, de 31,31%.
- 5) Evidência de 63,64% de gestações não planejadas e decorrente do uso incorreto de métodos contraceptivos, destacando-se o anticoncepcional oral e o códon. Retorno majoritário às atividades sexuais no segundo mês pós-parto e às atividades laborais até o sexto mês.
- 6) Distopias urogenitais de baixo grau, com destaque para o prolapso uterino, cistocele e retocele. Índice de infecções puerperais de 5,05%.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rezende Jorge de. O Puerpério A: Estudo clínico e assistência. In: Obstetrícia Jorge de Rezende. 10ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 387-400.
2. Oliveira MJ. Puerpério Fisiológico. In: Ginecologia & Obstetrícia: manual para concursos/SOGIMIG. 3ªed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 509-12.
3. Hentschel H, Brietzke E. Puerpério normal e amamentação. In: Freitas F. Rotinas em Obstetrícia. Porto Alegre: Artmed, 2001. 303-11.
4. Vieira MS. Puerpério. In: Manual de terapêutica em ginecologia e obstetrícia da Associação Catarinense de Medicina. Blumenau: Nova Letra, 2006. 293-301.
5. Franco MJ. Estudo clínico e assistência ao puerpério. In: Netto HC. Obstetrícia Básica. São Paulo: Atheneu, 2004. 761-80.
6. Genuth SM. As glândulas reprodutoras. In: Berne. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 981-1042.
7. José MA, Carlos AP, editores. Anticoncepção: Manual de orientação da Febrasgo. São Paulo: Ponto, 2004. 308p.
8. Cecatti JG, Araújo AS, Osis MJ, Santos LC, Faúndes A. Introduction of lactational amenorrhea as a contraceptive method (LAM) in a post-partum family planning program: outcomes on children's health. Rev Bras Saude Mater Infant. 2004 Jun;4(2):159-69.
9. Carvalho MR. Manejo Perinatal da Lactação. In: Netto HC. Obstetrícia Básica. São Paulo: Atheneu, 2004. 767-80.
10. Cecatti JG, Parpinelli MA, Serruya SJ, Reis VBG, organizadores. Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno nº5. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163p.
11. Levitt C, Shaw E, Wong S, Kaczorowski J, Springate R, Sellors J et al. Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Methodology and Literature Search Results. Birth. 2004 Sep;31(3):196-202.
12. Febrasgo. Ficha clínica do parto e puerpério. [acesso em 2006 Mar 14] Disponível em: <http://febrasgo.itarget.com.br/>
13. Levitt C, Shaw E, Wong S, Kaczorowski J, Springate R, Sellors J, et al. Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Selected Contraception Methods, Postpartum Papanicolaou Test, and Rubella Immunization. Birth. 2004 Sep;31(3):203-12.
14. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo viva vida. 2ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.

15. Hill K, AbouZahr C, Wardlaw T. Estimates of maternal mortality for 1995. *Bull World Health Organ.* 2001;79(3):182-93.
16. Maternal Mortality Review. Perinatal Mortality Guideline 6. British Columbia Perinatal Health Program. 2007 oct. 17p.
17. WHO/UNICEF (World Health Organization/ United Nations International Children's Emergency Fund). Revised 1990 estimates of Maternal Mortality. A new approach by WHO and UNICEF. WHO/FRH/MSM 96.11. UNICEF/ PZN/ 96.1. Geneva: WHO/UNICEF, 1996.
18. Andrade ATL, Guerra MO, Andrade GN, Araújo DAC, Souza JP. Maternal mortality: 75 years of observations in a teaching maternity hospital. *Rev. Bras. Ginecol Obstet.* 2006 July;28(7):380-87.
19. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Maternal mortality in Brazilian State Capitals: some characteristics and estimates for an adjustment factor. *Rev bras epidemiol.* 2004 Dec; 7(4):449-60.
20. Datasus. Departamento de informática e informação do SUS. Brasil. Ministério da Saúde. [acesso em 2008 Jul 10]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
21. Levitt C, Shaw E, Wong S, Kaczorowski J, Springate R, Sellors J, et al. Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. *Birth.* 2006 Sep;33(3):210-20.
22. Carroli G. D. Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término. *Biblioteca Cochrane Plus.* 2006;(4).
23. Rocha GPG, Sieczko LS, Pereira SMD. Diagnóstico e Cronologia da Gestação. In: Netto Hermógenes Chaves. *Obstetrícia Básica.* São Paulo: Atheneu, 2004. 77-94.
24. Cunningham FG, MacDonald, Gant, Leveno, Gilstrap, Hankins, et al. Mecanismo del trabajo de parto normal en la presentación cefálica de vértice. In: *Williams Obstetrícia.* 20ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1998. 293-319.
25. Dieese. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Brasil. [acesso em 2008 jul]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminout06.xml>
- 26) Haddad JM, Pacetta AM, Neto MJ, Ribeiro RM. Prolapso genital e incontinência urinária de esforço. In: Oliveira HC, Lemgruber I, editores. *Tratado de Ginecologia Febrasgo.* Vol II. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. 880-6.
27. Lauritsen JM, Bruus MA. Na extended tool for validated dataentry and documentations of data. Portuguese version by João Paulo Amaral Haddad (Brazil dialect). The EpiData Association, Odense Denmark 2002. (V2.1).

28. Nassar SM, Wronski VR, Ohira M. SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis - SC, Brasil. [acesso em 2008 Aug]. Disponível em: <http://www.sestat.net>.
29. Gilman J, Myatt M. EpiCalc 2000 versão 1.02. Brixton Books, 1998. [acesso em 2008 Oct 23]. Disponível em: <http://www.brixtonhealth.com/epicalc.html>
30. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O Panorama da Atenção Pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saude Mater Infant. 2004 Set;4(3):269-79.
31. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. Rev. Bras. Ginecol Obstet. 2004 Ago;26(7):517-25.
32. Rattner D. Epidemiological standards for assessing quality: a proposal. Cad Saúde Pública. 1996;12(Supl.2):21-32.
33. Marinho A, Cardoso SS. Um estudo multinível sobre as filas para internações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério no SUS. Econ Apl. 2007;11(4):527-54.
34. Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005 Jun;27(6):357-65.
35. Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. Quality of the antenatal care in Brazil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005 Mar; 27(3):103-5.
36. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. [acesso em 2008 jul]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>
37. Nascimento LFC. Pregnants' profile in prenatal and perinatal stages: comparative study between public and private health services in Guaratinguetá, São Paulo. Rev Bras Saude Mater Infant. 2003 June;3(2):187-94.
38. Queiroz M, Jorge M, Marques J. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação das puérperas. Texto Contexto Enferm. 2007 Jul-set;16(3):479-87.
39. Spíndola T, Penna LHG, Progiatti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. Rev Esc Enferm. USP. 2006; 40(3): 381-8.
40. Brasil. Código Civil Brasileiro, de 10 de janeiro de 2002. [acesso em 2008 Set 22] Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm)
41. Sales AN, Vieira GO, Moura MSQ, Almeida SPTMA, Vieira TO. Puerperal Mastitis: Study of Predisposing Factors. Rev Bras Ginecol Obstet. 2000 Dec;22(10):627-32.
42. Lopes RCS, Donelli TS, Lima CM. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. Psicol Reflex Crit. 2005;18(2):247-54.
43. Wrobel L, Ribeiro STM. A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo. Acta Sci, Health Sci. 2006;28(1):17-22.

44. Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(11):671-9.
45. Mamede FV, Mamede MV, Dotto LMG. Reflexões sobre a deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery Enferm* 2007 Jun;11(2):331-6.
46. Lei nº11.108. Brasil. Diário Oficial da União (Abril 7, 2005). Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/publicacoes/diarios/pdf/sf/2005/12/05122005.pdf>
47. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto e parto: uma revisão de literatura. *Cad Saúde Pública.* 2005 Set/Out;21(5):1316-27.
48. Lopes MHBM, Silva MAS, Christóforo FFM, Andrade DCJ, Bellini NR, Cervi RC, et al. O uso do enteroclistma no preparo para o parto: análise de suas vantagens e desvantagens. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2001 nov/dez;9(6):49-55.
49. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obst.* 2007 Jan;29(1):34-40.
50. Campana HCR, Pelloso SM. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem [periódico na internet]* 2007 Jan-Abr [acesso em 2008 Maio 14];9(1):51-63. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a04.htm>
51. Hannah M, Hannah W, Hodnett E, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs. planned vaginal delivery for breech presentation at term. The international randomized term breech trial. *JAMA,* April 10, 2002;287(14):1822-31.
52. Martins CSH, Hammes LS, Ramos JG, Arkader J, Correa MD, Camano L. Cesariana – Indicações. Projeto Diretrizes. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 2002. 185-94.
53. Hartmann K, Viswanathan, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy a systematic review. *JAMA,* May 4,2005;293(17):2141-8.
54. Rogers R, Leeman L. Postpartum Genitourinary Changes. *Urologic Clinics of North América* 2007;34:13-21.
55. Clemons J, Towers G, McClure GB, O'Boyle AL. Decreased anal sphincter lacerations associated with restrictive episiotomy use. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005 192:1620-5.
56. Menta S, Schirmer J. Relationship between perineal muscular force in the puerperal period and the type of delivery. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2006 Sep;28(9):523-9.
57. Sartore A, Seta F, Maso G, Pregazzi P, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *American College of Obstetricians and Gynecologists.* 2004 Apr;103(4):669-73.

58. Langer B., Minetti A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2006 Feb;35(1):59-67.
59. Fenner D, Genberg B, Brahma P, Marek L, DeLancey JOL. Fecal and Urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. Twenty-ninth meeting of the society of gynecologic surgeons, Anaheim, Calif, 2003 March: 5-6
60. Williams A, Herron-Marx S, Hicks C. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery* 2007;23:392-403.
61. Pregazzi R, Sartore A, Bortoli P, Grimaldi E, Ricci G, Guashino S. Immediate postpartum perineal examination as a predictor of puerperal pelvic floor dysfunction. *American College of Obstetricians and Gynecologists.* April 2002;99(4):581-4.
62. Scarabotto LB, Riesco MLG. Factors related to perineal trauma in normal births in nulliparous. *Rev esc enferm USP.* 2006 Sep;40(3):389-95.
63. Rea MF. Benefits of breastfeeding and women's health. *J Pediatr.* 2004 Nov;80(5):S142-6.
64. Meier P, Furman L, Degenhard M. Increased Lactation Risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding. *Journal of Midwifery & Women's Health.* 2007 Nov/Dec; 52(6):579-87.
65. Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano AMS. Women's perception concerning the early contact and breastfeeding in childbirth room. *Acta paul enferm.* 2006 Dec; 19(4):427-32.
66. Ministério da Saúde. Manual de promoção do aleitamento materno: normas técnicas. 2ª ed. Brasília, 1997.
67. Fabrício MIM, Caputo AL, Chaves M. Contracepção Puerperal. In: Netto Hermógenes Chaves. *Obstetrícia Básica.* São Paulo. Ed. Atheneu, 2004. 775-80.
68. Barber S. Family Planning advice and postpartum contraceptive use among low-income women in Mexico. *International Family Planning Perspectives.* 2007 March;33(1):6-12.
69. Beutelspacher AN, Rosales DM, Izaba BS, Martelo EZ, Halperin D. La educación y el uso de anticonceptivos entre mujeres de bajo nivel socioeconómico en Chiapas. *Perspectivas internacionales en planificación familiar.* 1999; nº especial:9-15.
70. Connolly A, Thorp J, Pahl L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *International Urogynecology Journal* 2005;16:263-7.
71. Hicks T, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *American College of Nurse-Midwives* September/October 2004;49(5):430-6.

72. Barret G, Pendry E, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexuality after childbirth: a pilot study. *Archives of sexual behavior* 1999;28(2):179-90.
73. Botros S, Abramov Y, Millar JR, Sand PK, Gandhi S, Nickolov A, *et al.* Effect of parity on sexual function. *American College of Obstetricians and Gynecologists* 2006;107:765-70.
74. Handa V. Sexual Function and Childbirth. *Seminars in Perinatology* 2006;30:253-6.
75. Buhling K, Schmidt S, Robinson J, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparas according to mode of delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2006;124:42-6.
76. Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *International Urogynecology Journal* 2007;18:401-6.
77. Boarders N. After the afterbirth: a critical review postpartum health relative to method of delivery. *J. Midwifery Women's Health* 2006;51:242-8.
78. Kosmiskas J, Gerão MJBC, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR. Analysis of Urinary Tract Vessels during and alter Pregnancy in Rats. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002 May;24(4): 227-31.
79. Holroyd-Leduc J, Straus S. Management of urinary incontinence in women. *JAMA.* 2004 Feb; 291(8):986-96.
80. Barbosa AMP, Carvalho LR, Martins AMVC, Calderon IMP, Rudge MVC. The influence of the delivery route on pelvic floor muscle strength. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005 Nov;27(11):677-82.



## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado conforme a normatização para Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina, resolução de 2005, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “*Avaliação do Perfil das parturientes atendidas na maternidade do HU/UFSC no período de Janeiro a Março de 2006*”.

A sua participação nesta pesquisa contribuirá para avaliar o pós-parto das mulheres que tiveram seu bebê na maternidade do Hospital Universitário por um período de até seis meses após o parto. Serão colhidas informações sobre dados socioeconômicos, antecedentes obstétricos e pré-natais, parto, aleitamento materno, contracepção e atividade sexual. Para as participantes serão oferecidas duas consultas puerperais, sendo a primeira seis semanas após o parto e, a segunda, seis meses após.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de forma a impossibilitar sua identificação. Você poderá desistir a qualquer momento desta pesquisa ou deixar de responder a quaisquer das perguntas que julgar pertinente. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação aos pesquisadores ou com a UFSC. Qualquer dúvida ou informação adicional posterior poderá ser obtida entrando em contato com o pesquisador através de telefone: (48) 33319104.

*Eu, \_\_\_\_\_, R.G N°.: \_\_\_\_\_, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidada a participar. Entendo que sou livre para interromper a minha participação no estudo a qualquer momento sem necessidade de justificar minha decisão e sem que esta decisão prejudique de alguma forma meu atendimento. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.*

\_\_\_\_\_  
Assinatura da paciente

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

## ANEXO 2

### QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS PUÉRPERAS DURANTE INTERNAÇÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO

#### 1) Dados de Identificação

Paciente n°:
Nº. do prontuário:
Nome:
Data nascimento:
Data do último parto:
IG: _____ semanas _____ dias
RN: Peso: _____ gramas      Comprimento: _____ cm

#### 2) Indicadores sociais

\* Escolaridade:

- (    ) Analfabeta
- (    ) Primeiro grau incompleto
- (    ) Primeiro grau completo
- (    ) Segundo grau incompleto
- (    ) Segundo grau completo
- (    ) Superior incompleto
- (    ) Superior completo
- (    ) Pós-graduação

\* Renda mensal da família: \_\_\_\_\_

Nº. pessoas que vivem na moradia: \_\_\_\_\_      Nº. de cômodos da moradia: \_\_\_\_\_

\* Estado civil:

- (    ) Solteira      (    ) Casada      (    ) Divorciada      (    ) Viúva      (    ) União Estável

#### 3) Pré-Natal

\* Onde foi realizado: \_\_\_\_\_

\* Nº. de consultas: \_\_\_\_\_

\* Participou de palestras ou curso de gestante?

- (    ) Sim      (    ) Não

\* Participou do grupo de visita à maternidade do HU durante a gestação?

- (    ) Sim      (    ) Não

**4) Antecedentes Obstétricos e Parto Atual**

(    ) Primípara  
(    ) Multípara      n.º de gestações anteriores: \_\_\_\_\_

\* N.º de abortos: \_\_\_\_\_

\* Houve esclarecimento na admissão ao centro obstétrico sobre os tipos de partos realizados no HU?

(    ) Sim      (    ) Não

\* Tipo de parto realizado na última gestação:

(    ) Horizontal      (    ) Vertical      (    ) Cesárea      (    ) Genupeitoral      (    ) Extra-hospitalar  
(    ) Uso de fórceps

\* Realizada episiotomia no último parto?

(    ) Sim      (    ) Não

\* Houve laceração do períneo durante o parto?

(    ) Não

(    ) Sim, 1º grau      (    ) Sim, 2º grau      (    ) Sim, 3º grau      (    ) Sim, 4º grau

---

## ANEXO 3

### QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS PACIENTES QUE COMPARECERAM ÀS CONSULTAS PUERPERAIS

---

#### Parto

\* Com referência à admissão para o parto:

Realizou Tricotomia?

( ) Não            ( ) Sim, no hospital            ( ) Sim, em casa

Fez uso de Enteroclisma?

( ) Não            ( ) Sim

\* Com referência ao trabalho de parto:

Trabalho de parto:

( ) espontâneo    ( ) induzido            ( ) eletivo

Fez uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor?

( ) Não

( ) Sim    Quais? \_\_\_\_\_

Houve acompanhante durante o parto?

( ) Não

( ) Sim    Quem? \_\_\_\_\_

Quem cortou o cordão umbilical?

( ) Acompanhante    ( ) Profissional da Saúde

\* Grau de satisfação com o tipo de parto realizado:

Considerou a experiência:

( ) Ruim            ( ) Boa            ( ) Ótima

---

#### Atividade Laboral

\* Emprego: \_\_\_\_\_

\* Renda Mensal Familiar: \_\_\_\_\_

\* Retorno às atividades laborais:

( ) Não trabalha fora. Profissão do lar.

( ) Não retornou ainda.

( ) Já Retornou    Quando? \_\_\_\_\_

---

## Atividade Sexual

\* Retorno à atividade sexual após o parto:

( ) Não retornou ainda

( ) Já Retornou\* (especificar):

Quando: \_\_\_\_\_

Sente desejo? Orgasmo?: \_\_\_\_\_

Sente Dispareunia?: \_\_\_\_\_

Presença de Sangramento?: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

\* Atividade sexual seis meses após o parto: \_\_\_\_\_

## Métodos Contraceptivos

\* A última gravidez foi planejada?

( ) Sim

( ) Não

\* Após confirmada, a última gravidez foi aceita?

( ) Sim

( ) Não

\* Utilizava método contraceptivo ao engravidar?

( ) Não

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

\* No momento, está em uso de método contraceptivo?

( ) Não

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

\* Há desejo de uma nova gravidez?

( ) Sim

( ) Não

\* Métodos contraceptivos e desejo de nova gestação seis meses após o parto: \_\_\_\_\_

## Mama

\* Cuidados no preparo da mama

( ) Sim

( ) Não

\* Dificuldades no aleitamento materno durante a internação no Alojamento conjunto?

( ) Sim

( ) Não

\* Aleitamento materno exclusivo até a 6ª semana pós-parto?

( ) Sim

( ) Não

\* Dificuldades no aleitamento materno a pós a alta hospitalar?

( ) Sim

( ) Não

\* Patologias mamárias referidas nas primeiras 6 semanas pós-parto: \_\_\_\_\_

\* Consulta de 6 meses após o parto:

Tempo de aleitamento materno

Exclusivo \_\_\_\_\_

Complementado \_\_\_\_\_

---

**Exame Ginecológico** \* Consulta de 6 semanas após o parto:

\* Mamas: \_\_\_\_\_

\* Lóquios: \_\_\_\_\_

\* Vulva: \_\_\_\_\_

\* Colo Uterino: \_\_\_\_\_

\* Toque vaginal: \_\_\_\_\_

\* Involução uterina: \_\_\_\_\_

\* Colpocitologia Oncótica: \_\_\_\_\_

\* Distopias genitais: \_\_\_\_\_

\* Continência urinária: \_\_\_\_\_

---

**Exame Ginecológico** \* Consulta de 6 meses após o parto:

\* Mamas: \_\_\_\_\_

\* Lóquios: \_\_\_\_\_

\* Vulva: \_\_\_\_\_

\* Colo Uterino: \_\_\_\_\_

\* Toque vaginal: \_\_\_\_\_

\* Involução uterina: \_\_\_\_\_

\* Colpocitologia Oncótica: \_\_\_\_\_

\* Distopias genitais: \_\_\_\_\_

\* Continência urinária: \_\_\_\_\_

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2006.

Médico: \_\_\_\_\_



